

BETÂNIA MARIA FERNANDES

**A ENFERMEIRA NO OLHAR DAS CLIENTES:
REPRESENTAÇÕES DA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL**

**Dissertação de Mestrado apresentada à Banca
Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery da
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Dr.^a Rosângela da Silva Santos

**Rio de Janeiro
Março / 1998**

BETÂNIA MARIA FERNANDES

**A ENFERMEIRA NO OLHAR DAS CLIENTES:
REPRESENTAÇÕES DA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL**

**Rio de Janeiro- RJ-
Março de 1998**

FICHA CATALOGRÁFICA

Fernandes, Betânia Maria

A enfermeira no olhar das clientes:
representações da sua prática profissional / Betânia Maria
Fernandes. – Rio de Janeiro, 1998

VIII, 133 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1998.

Orientadora: Rosângela da Silva Santos

1- Enfermeiras-Representação social. 2. Prática profissional-
Enfermagem. 3. Relações enfermeiro-paciente. I. Título

CDD: 610.730.699

BANCA EXAMINADORA:

Dr.^a Rosângela da Silva Santos
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil -
EEAN/UFRJ
Presidente

Dr.^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UNI-RIO
1^a Examinadora

Dr.^a Vera Lúcia Miranda Abrantes
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil-
EEAN/UFRJ
2^a Examinadora

Dr.^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica-
EEAN/UFRJ
Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente ao Conselho Nacional de Pesquisa pela concessão de bolsa no período de março a agosto de 1996 e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão de bolsa no período de setembro de 1996 a março de 1998 para a realização deste estudo;

Ao Fernando, meu marido, cujos carinho e incentivo constantes expressos em suas palavras contribuíram para a realização de mais um sonho;

À orientadora, Dr.^a Rosângela da Silva Santos, um agradecimento especial pelo encorajamento, pela crítica construtiva e pelas valiosas discussões;

Às professoras que compartilharam dos seus conhecimentos no decorrer do Mestrado e suas importantes sugestões em diferentes etapas deste estudo: Dr.^a Rosângela da Silva Santos, Dr.^a Nébia Maria Almeida Figueiredo, Dr.^a Vera Lúcia Miranda Abrantes, Dr.^a Lúgia de Oliveira Viana, Dr.^a Maria Terezinha Pereira e Silva, doutoranda Elizabeth Pimenta Malveira;

Às docentes da disciplina Métodos e Técnicas em Pesquisa, Dr.^a Jussara Sauthier e Dr.^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira, pela excelente condução da disciplina e contribuição na fase de análise das informações;

Aos meus pais, irmãos e irmãs que sempre me apoiaram e acreditaram em mim; à minha irmã Elza, com quem pude contar em todos os momentos;

Às amigas Judith Sena da Silva Santana, Girlene Alves da Silva, Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, Elizabeth Pimenta Malveira, pela oportunidade de troca de conhecimentos e de afetividade, consolidando laços de amizade;

À amiga Ana Lúcia Machado, pela amizade e comunhão permanente de idéias;

Aos amigos Elaine Brandão e Sérgio Ramos pela amizade, acolhimento, carinho e incentivo constantes;

Às colegas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz, em especial Ângela Pierina Farnezi Mazócoli e Marli Salvador;

Às colegas da disciplina de Enfermagem Ginecológica e Obstétrica, e em particular, Terezinha Cordelli de Andrade e Maria Inês Gomes de Almeida, pelo apoio e pela condução do trabalho acadêmico durante a minha ausência;

À Sônia Maria da Ressureição Xavier da Secretaria de Pós-Graduação pela competência, pela dedicação e pela atenção dispensadas;

À bibliotecária e amiga, Lúcia Marina Boiteux Rodrigues, pela orientação, atenção e acolhimento;

A todos que me deram apoio das formas mais diversas, direta ou indiretamente, minha gratidão.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO 09

CAPÍTULO I

1.1- O CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO 23

1.2- O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO 31

**1.3- AS ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA NOS PROGRAMAS
DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER** 43

CAPÍTULO II

A ENFERMEIRA NO OLHAR DAS CLIENTES 56

**2-1. “DROGAS E SOLUÇÕES”: A DILUIÇÃO DA ENFERMEIRA NA
EQUIPE DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE** 60

**2-2. A RELAÇÃO COM A CLIENTE - A CHAVE DA CRIAÇÃO
DE NOVAS REPRESENTAÇÕES** 105

CONSIDERAÇÕES FINAIS 115

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 121

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA 128

ANEXOS 131

RESUMO

Esta pesquisa qualitativa apresenta como objeto de estudo as representações sociais das clientes sobre a enfermeira e a sua prática profissional. Tem como objetivos: analisar as representações sociais das clientes no Instituto de Saúde da Mulher de Juiz de Fora, sobre a enfermeira e a sua prática profissional; discutir as repercussões das representações sociais das clientes para a prática profissional da enfermeira. Para o levantamento das informações, utilizou-se a dinâmica de criatividade e sensibilidade e a entrevista semi-estruturada. Os sujeitos do estudo foram dezenove clientes que freqüentaram o Instituto de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Os resultados foram categorizados a partir do referencial teórico metodológico da teoria das representações sociais, configurando-se em dois temas: “drogas e soluções”: a diluição da enfermeira na equipe de enfermagem e de saúde; a relação com a cliente- a chave da criação de novas representações. Os resultados demonstram que as clientes, ao se referirem à enfermeira, não a diferenciam dos demais integrantes da equipe, porque a denominação, na concepção do grupo, refere-se a profissionais voltados para uma prática caracterizada por uma série de tarefas técnicas, pouco qualificadas; mas por outro lado, quando discursam sobre o atendimento recebido pela Enfermeira do Instituto, representam uma prática especializada, qualificada e com ênfase em uma relação humanizada. Destacou-se, nesta investigação, que as clientes trazem uma representação muito simplificada da enfermeira, carregada de estereótipos, mas quando estabelecem uma relação no contexto do atendimento e se ancoram nesta relação para interpretá-la, ocorre uma mudança: reajustam suas representações, sendo esta relação a chave para a criação de novas representações sobre a prática profissional da enfermeira.

ABSTRACT

The present qualitative research has as object of study the social representations of nurses and their practice as viewed by their clients. It is aimed at analysing the social representations – the research having taken place at “Institute for Women’s Health of Juiz de Fora”- and discussing the repercussions of such social representations on the nurses’ practice. In order to collect information, the technique of creativity and sensibility and the semi-structured interview have been used. The subjects of the study were nineteen clients who attended “Institute for Women’s Health” in the Municipal Department of Health of Juiz de Fora. The results have been categorized with basis on the theoretical and methodological reference point of the theory on social representations, outlined into two themes: “drugs and solutions”: the nurse’s dilution in the nursing team and of health and the relationship nurse-client – the key to create new representations. The results have shown that the clients, when referring to the nurse, do not make any difference between him/her and the other members of the team; for the denomination, in the group’s conception, refers to professionals involved in a practice characterized by a series of technical tasks, scarcely qualified. On the other hand, when describing the assistance given by the Nurse of the Institute, the subjects represent a specialized and qualified practice, with emphasis on a humanized relationship. It has been highlighted in this investigation that the clients have an oversimplifying representation of the nurse, full stereotypes. However, when the subjects establish a relationship in the context of assistance and rely on this relationship to interpret the nurse, a change occurs: they readjust their representations, this relationship being the key to create new representations of the nurses’ practice.

INTRODUÇÃO

O foco central que norteou este estudo foi fruto da inquietação e da apreensão vivenciadas por mim durante o período em que ainda cursava a Graduação em Enfermagem e no decorrer da minha prática profissional como enfermeira. Durante a minha vivência de acadêmica de enfermagem, vi-me várias vezes necessitando explicar aos membros da minha família, aos amigos e parentes, quem era e o que fazia o profissional que cursa uma Faculdade de Enfermagem. Nessa época, comecei a observar que havia vários estereótipos na sociedade e no meu convívio familiar sobre a profissão de enfermeira. Indignava-me ao perceber como a profissão era discriminada, carregada de preconceitos, além de seu campo de atuação ser desconhecido.

Atuando em unidades básicas de saúde, desde meados de 1986, na área da saúde da mulher, da criança e do adulto, no município de Juiz de Fora, em Minas Gerais e, sendo docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, tive a oportunidade de assistir clientes inseridos nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde (M.S.), como o do hipertenso e o da assistência à saúde da mulher e da criança, através da consulta de enfermagem. Observei que esta clientela desconhece a atuação da

enfermeira¹, como uma profissional que presta atendimento individual e com formação específica, sendo uma atividade independente.

No cotidiano da minha prática assistencial, o fato de o cliente não distinguir o atendimento prestado pela enfermeira daquele feito pelo médico tem me causado inquietação e questionamentos. Observo que isto ocorre não só durante a consulta de enfermagem, mas também em outras situações. Ao assistir à parturiente e puérpera em nível hospitalar, as clientes não me identificam como enfermeira, mas como médica, dirigindo-se a mim como “doutora”. Nessa situação sempre me disponho a explicar que sou enfermeira, como é a minha formação profissional, quais são os membros da equipe de saúde e qual é a distinção em relação ao profissional médico. No entanto, começo a interrogar se esta denominação de “doutora” seria decorrente de um desconhecimento por parte do cliente quanto à capacidade da enfermeira de prestar atendimento individual. Qual é a representação da enfermeira pelas clientes? Qual a legitimação da sua prática, uma vez que esta é vista como subordinada e dependente da prática médica?

O fato é que a sociedade em geral designa como *enfermeira* qualquer pessoa que esteja trajando roupa branca, assim chamando desde o atendente, o auxiliar, o técnico, a secretária de consultório médico até mesmo a acompanhante de pessoas idosas e de crianças. Sendo assim, a diferenciação

¹ Utilizarei a designação de gênero feminino, evitando o emprego do masculino genérico, ao me referir aos profissionais da Enfermagem. Optei por esta designação partindo da realidade de ser a profissão desempenhada majoritariamente por mulheres, não querendo desconsiderar a participação dos homens na profissão. Portanto, ao me referir à enfermeira, entendam-se incluídos nesta denominação, os enfermeiros.

entre a médica e a enfermeira ocorre no jogo da aparência - se tem boa aparência é médica, caso contrário, é enfermeira. Esta aparência não é apenas no sentido pessoal, de vestir-se, mas também na forma de relacionar-se com o cliente, na forma de cuidar.

A impressão que tenho é que a clientela não identifica a enfermeira como prestadora de atendimento individual de qualidade e competência técnica. Quando tal atendimento ocorre, a cliente chega a se confundir, passando a denominar a enfermeira de *doutora* nesse contexto. As clientes associam um *cuidado prestado pela enfermeira* como sendo um *atendimento médico*. Observo que a situação de ser confundida com outros profissionais é uma vivência comum a muitas enfermeiras e ocorre constantemente. Decorrente disso, surgiu a curiosidade de entender como essa profissional, que presta atendimento individual ao cliente é por ele representada, uma vez que tenho observado que o atendimento individual realizado pela enfermeira, além de não ter o reconhecimento social, é uma prática que não se faz presente no imaginário social.

A formulação e manutenção da imagem da enfermeira na sociedade, tem um estreito relacionamento com a não identificação, por parte da clientela, quanto às diversas categorias profissionais atuantes na enfermagem. Acredito que o desconhecimento da existência de uma hierarquia funcional na equipe de enfermagem, composta de atendente, auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeira, contribui para a cristalização,

pela sociedade, de uma imagem única de enfermeira, carregada de idéias e valores, reforçadas pelos meios de comunicação.

Na tentativa de evidenciar o conteúdo das representações sobre a enfermeira e a sua prática profissional no imaginário das clientes, sobretudo pela forma como as vivenciam, percebem e imaginam, e a partir da minha experiência profissional com clientes mulheres, adotei como questão norteadora desse estudo a seguinte:

- Qual a representação social das clientes sobre a enfermeira e a sua prática profissional?

Esta investigação apresenta como objetivos:

- Analisar as representações sociais das clientes no Instituto de Saúde da Mulher de Juiz de Fora, sobre a enfermeira e a sua prática profissional.
- Discutir as repercussões das representações sociais das clientes para a prática profissional da enfermeira.

O objeto escolhido para este estudo – a representação da enfermeira e da sua prática profissional pela clientela – corresponde à minha expectativa e interesse de conhecer a visão de um grupo social sobre a enfermeira, uma vez que, no meu cotidiano de trabalho, percebo que o termo *enfermeira* é usado de diferentes formas para explicar, conceituar e interpretar este profissional.

A apreensão deste conhecimento soma-se à minha vinculação enquanto docente da Disciplina de Enfermagem Ginecológica e Obstétrica no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, bem como enquanto profissional engajada no desenvolvimento de investigações que possam efetivamente acrescentar novos e diversificados caminhos para a nossa área. Esta experiência vem me possibilitando a continuidade das reflexões sobre o reconhecimento da enfermeira na sociedade, visto que permaneceu o meu interesse pela temática, sendo reforçado na medida em que, ensinando e prestando assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal, pude observar várias vezes a ocorrência do fenômeno acima referido, isto é, o desconhecimento e a não distinção das atividades inerentes à enfermeira.

Ao realizar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, observei que a cliente não identificava como enfermeira quem lhe prestava assistência no acompanhamento do pré-natal, confundindo, na maioria das vezes, a consulta de enfermagem com a consulta médica, dirigindo-se à enfermeira como médica, mesmo quando aquela profissional já havia se apresentado enquanto enfermeira obstetra. À época, elaborei uma monografia de conclusão do curso (FERNANDES, 1995, p. 01), tendo como objeto de estudo a “análise das dissertações de Mestrado na Área de Enfermagem Obstétrica e Neonatal”, da mencionada Escola, produzidas entre 1977 a 1994. Ao realizar a pesquisa

bibliográfica para o estudo, observei que havia poucos trabalhos, na área específica de Enfermagem de Saúde da Mulher, que discutissem a profissão, do ponto de vista da clientela, com maior aprofundamento.

Silva (1988, p. 215) concluiu em sua pesquisa que o fato de a enfermeira obstétrica no ambiente de trabalho ser chamada de “doutora” é devido a sua não apresentação profissional junto às parturientes, o que demonstra uma abordagem simplificada do tema.

Corroborando com este ponto de vista, Marin & Maciel (1986, p. 188), ao pesquisarem o conhecimento das puérperas em relação ao profissional que lhe prestou assistência durante o parto, identificaram que elas desconhecem a qualificação da enfermeira obstetra como um profissional capaz de assistir ao parto. Nesta pesquisa quantitativa, as autoras detectaram índice pouco significativo em relação à apresentação do profissional à cliente.

A pesquisa de Cassiani & Zanetti (1988, p. 219), realizada na cidade de Ribeirão Preto, teve como cenário de estudo locais de grande fluxo da população e utilizou a entrevista como técnica de coleta de dados. Os entrevistadores questionavam as pessoas que transitavam no local, perguntando: “Quando eu falo a palavra enfermeira, o que vem a sua cabeça?”. Como respostas, as autoras obtiveram que o campo de atuação da enfermeira é a instituição hospitalar e que sua atividade específica é o cuidado prestado aos pacientes. Os estereótipos da enfermeira como “auxiliar de médico”, contrapondo-se ao de um profissional especializado “quase-

médico”, foram evidenciados. Além disso, vários atributos considerados característicos do gênero feminino como “leal, cautelosa, amorosa, terna, afetuosa, consoladora” entre outros foram manifestos. Cabe destacar que, nesse estudo, as pesquisadoras consideraram que não foi possível concluir se os entrevistados se referiram à enfermeira, à auxiliar ou à atendente de enfermagem.

Para Vargens (1989, p. 156), a sociedade não reconhece o trabalho da enfermeira, configurando como atividades da enfermagem aquelas desenvolvidas por auxiliares. As funções consideradas nobres, de assistir ao ser humano, são atribuídas ao médico.

Na busca de bibliografia atual e específica sobre a imagem da enfermeira na sociedade, encontrei em Sobral, Miranda, Garcia (1996, p. 117) a afirmação de que a representação da enfermeira no imaginário social é situada contraditoriamente entre o sagrado e o profano. O sagrado, como afirma Loyola (1987, p. 99), é reforçado pela incorporação da ideologia religiosa na formação profissional da enfermeira, representada através da figura do “anjo branco”. O profano está associado à “mancha histórica” denominada por Sobral (1994) quando as prostitutas, catequizadas pela Igreja, cuidaram de doentes pobres em fase terminal nos hospitais como forma de absolver suas culpas.

Ao pesquisar a formação da construção da identidade social da enfermeira, Daher (1995, p. 129) constatou que as alunas do curso de

graduação em enfermagem, ao chegarem à escola, trazem uma representação cristalizada e estereotipada da identidade da enfermeira, influenciada pela família e pela sociedade.

Historicamente, as atividades do setor saúde foram se modificando, devido às mudanças sociais, ao aumento da população e ao avanço do conhecimento. O processo de estruturação e consolidação do capitalismo no Brasil e a institucionalização do trabalho em saúde, transformaram este trabalho independente em assalariado. Houve uma necessidade de aumentar os serviços de saúde e, como consequência, ocorreu o parcelamento das atividades neste setor, sendo elas assumidas por trabalhadores que se organizaram em instituições de ensino e associações constituindo-se novos profissionais, como farmacêutico, dentista, parteira e de práticos de enfermagem. A Enfermagem tornou-se um ramo da divisão social do trabalho no campo da saúde e se estabeleceu sobre a égide da divisão parcelar do trabalho (PIRES, 1989, p. 138-140).

A divisão social do trabalho em Enfermagem teve sua origem a partir da profissionalização, na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, quando ocorreu a formação de duas categorias diferentes, as “nurses”, que deveriam exercer atividades rotineiras no hospital e no domicílio, e as “ladies-nurses”, que exerciam atividades de supervisão, administração e ensino. As “nurses” eram mulheres provenientes de classes sociais baixas, e as “ladies-

nurses” pertenciam às classes mais elevadas, com um preparo técnico e científico específico.

Com isso, ocorreu a hierarquização da equipe de enfermagem segundo os patamares de conhecimento, resultado da divisão manual / intelectual do trabalho, característica da divisão de classes existente nas sociedades capitalistas. Estas características da organização do trabalho em Enfermagem fazem com que, no cotidiano, a clientela não consiga discriminar a enfermeira na equipe, por desconhecer a existência de categorias diferentes de profissionais, uma vez que a prestação direta de cuidados ao cliente tem sido realizada, no Brasil, pelo auxiliar de enfermagem. Isto se deve à contratação de profissionais de nível médio e elementar, pelos dirigentes da rede pública e privada de atenção à saúde, por constituírem mão de obra de menor custo. Fica evidente que as tarefas parcelares do processo de trabalho executadas por diferentes elementos da equipe de Enfermagem influenciam a construção das representações sociais da enfermeira e da sua prática profissional pela sociedade.

Ao considerar a atuação da enfermeira na assistência à saúde da mulher como uma forma de auxiliar na prevenção e redução do atual quadro de morbimortalidade materna e perinatal, assim como na preservação da saúde do binômio mãe-filho, encontrei como fator agravante para atingir este objetivo a afirmação de Barros & Silva (1990, p. 129) quando chamam a atenção para a existência de apenas duas categorias: o médico e o atendente,

na assistência à saúde no Brasil. Esta situação segundo Melo (1986, p. 86), demonstra que o barateamento da mão-de-obra para o setor público e privado condiciona ainda mais uma divisão social do trabalho no setor saúde. Além disso, a presença de um maior número de pessoas de nível escolar e sócio econômico baixos atuando na Enfermagem reforça a representação na sociedade da identidade social da enfermeira como uma pessoa de baixo nível sócio-econômico, sem ou com pouca qualificação, cuja função é de auxiliar e obedecer o médico.

Concordo com Oliveira (1988, p. 76-77) quando afirma que a preferência do capital por mão de obra menos qualificada, em detrimento da contratação de enfermeiras, não se deixou influenciar pelas mudanças tecnológicas ocorridas na saúde e na organização da Enfermagem, mantendo-se um discurso que justifica a situação vigente e a má qualidade dos serviços de saúde existentes, alegando-se escassez de enfermeiras no mercado de trabalho, configurando assim um desprestígio em relação ao trabalho dessas profissionais.

Entre as atividades desenvolvidas pela enfermeira, a consulta de enfermagem é prática exclusiva desta profissional no campo da saúde coletiva, na área de saúde da mulher, da criança, das doenças crônico-degenerativas e doenças transmissíveis, apesar de ser esta prática ainda incipiente. A consulta é função da enfermeira, assegurada pela Lei do

Exercício Profissional². Ela foi legitimada como atividade privativa da enfermeira e implantada inicialmente em unidades básicas de saúde, ambulatórios gerais e especializados, dirigida ao grupo materno-infantil (gestantes e crianças saudáveis), sendo estendida a outros grupos com patologias diagnosticadas como tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes.

Os antecedentes da consulta de enfermagem no Brasil foram explicitados por Adami et al (1989, p. 09), demonstrando que a atividade precursora da consulta ocorreu na década de 20, através da entrevista pós-clínica a mulheres com doenças sexualmente transmissíveis, ampliando-se para os clientes portadores de tuberculose, gestantes e mães. Na década de 60, iniciou-se o atendimento às gestantes saudáveis nas unidades da Fundação da Secretaria de Saúde de São Paulo, sendo a denominação de “consulta de enfermagem” criada em 1968, entendida como atividade final. Atualmente a consulta de enfermagem é uma estratégia para a prestação da assistência direta da enfermeira nas unidades básicas de saúde, visando a avaliação do estado de saúde do indivíduo e controle de algumas doenças crônico-degenerativas e transmissíveis.

Prosseguindo os meus estudos sobre a inserção da enfermeira na assistência à saúde da mulher, encontrei referência de que a prática de pré-natal foi criada pelas enfermeiras da Associação de Enfermagem de

² Lei nº 7.498/86 (D.O.U. de 26.06.86) do Exercício Profissional na alínea “i” inciso I, art. 11 e regulamentada no Decreto nº 94.406/87 (D.O.U. de 08.06.87) na alínea “e” art. 8 (BRASIL, 1987).

Boston, nos Estados Unidos, quando decidiram realizar visitas às gestantes registradas para o parto no Boston Lying-In Hospital, na primeira década deste século (TAYLOR & PERNOLL, 1991, p. 179). A assistência pré-natal é de suma importância para a preservação da saúde materno-fetal e diminuição dos índices de morbidade e de mortalidade materno-infantil e a consulta de enfermagem no pré-natal, associada às práticas educativas, visa considerar os aspectos psíquicos e as experiências das gestantes, além de preencher a lacuna deixada pela consulta médica (NOGUEIRA, 1994, p. 88). Neste sentido, contribui para a prevenção de morbidade e detecção precoce de intercorrências.

Além do pré-natal a enfermeira está vinculada à história da criação do planejamento familiar através de Margaret Sanger, dos Estados Unidos. Ela foi a precursora do movimento do planejamento familiar “Birth Control”, em 1913. Foi responsável pela organização da primeira conferência clínica internacional sobre planejamento familiar em Munique, em 1930 e foi presidente da Federação Internacional de Planejamento Familiar, no período de 1952 a 1966 (CLAM, 1985, p. 01).

A assistência clínico-ginecológica desenvolvida pela enfermeira no PAISM³ consiste num conjunto de ações e procedimentos voltados para a identificação, diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho reprodutivo, a

³ Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizado pelo Ministério da Saúde.

prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, orientação sobre métodos de planejamento familiar.

A partir da década de 70, a enfermeira vem atuando de forma mais constante na assistência à saúde da mulher, com a sua inserção nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Em estudo realizado por Nogueira (1994, p. 138), no qual compara a consulta de enfermagem com a consulta médica, a autora concluiu que as consultas de enfermagem no pré-natal são

“... de maior duração e de maior conteúdo informativo, que abrem um espaço para as questões de ordem afetiva, as dúvidas, as ansiedades e curiosidade das mulheres...permitindo que se estabeleça uma relação intersujeitos entre o profissional de saúde e a paciente.”

Esta análise da autora vem reafirmar a existência de diferenciação entre a consulta médica e a de enfermagem, o que poderá influenciar ou não nas representações das clientes. Por outro lado, as representações guardam uma relação complexa, em função da prática profissional desenvolvida. As explicações, dadas por um grupo social ou por uma pessoa, a respeito da Enfermagem, dependerão do tipo de informações, experiências e expectativas que têm desse objeto social, envolvendo um grau de subjetividade.

Por se acreditar na importância do trabalho da enfermeira na assistência à saúde da mulher e se detectar a dificuldade da clientela em

identificar este profissional, surgiu o interesse em conhecer as representações das clientes sobre a enfermeira e sua prática profissional no serviço de atendimento à saúde da mulher.

As reflexões que venho realizando sobre a natureza intersubjetiva e a percepção da cliente quanto ao trabalho desenvolvido pela enfermeira, apontam para a necessidade de um aprofundamento teórico para que possamos avançar e acompanhar o processo evolutivo da profissão e conquistar “espaços ocupacionais diferenciados, difundir a visão de integralidade de atenção à saúde, reforçar as particularidades de nossa intervenção... difundir resultados e criar alternativas de sua aplicação” (FERNANDES, 1995, p. 24).

A partir das representações contidas no imaginário das clientes, este estudo contribuirá para o conhecimento da forma como a enfermeira e a sua prática profissional é interpretada na sociedade. Embora não tenha a pretensão de generalizar os achados desta investigação, acredito que estes poderão fornecer subsídios para a reflexão referente à nossa prática como trabalhadoras da saúde e a sua influência na formação da identidade social da enfermeira.

Os dois primeiros capítulos desenvolvem a temática deste estudo, através do mapeamento do discurso, a partir dos termos que emergiram nas falas, considerando a representação das clientes, seu investimento afetivo, leitura bibliográfica e os objetivos da pesquisa.

No primeiro capítulo - **O Caminho Teórico-Metodológico** - apresento algumas considerações gerais sobre o arcabouço teórico-conceitual das representações sociais e o processo de investigação. Busquei explicitar a forma como se deu o processo de inserção da enfermeira nos programas nacionais de saúde materno-infantil – **As Atribuições da Enfermeira nos Programas de Atenção à Saúde da Mulher**.

No segundo capítulo – **A Enfermeira no Olhar das Clientes** – trato das representações sociais sobre a enfermeira e a sua prática profissional. O caminho se desenvolveu a partir da análise do que prevaleceu no senso-comum depreendido nas falas das clientes. Apresento um detalhamento através da descrição das representações da enfermeira e da sua prática profissional. A idéia de uma imagem única da enfermeira é o elemento principal nas representações, não sendo diferenciados os diversos componentes da equipe de enfermagem. A concepção da enfermeira e da sua prática profissional é resultado de experiências com as diversas categorias da equipe, associadas aos estereótipos que circulam na sociedade, sobre a profissão. No segundo aspecto, procurei dar conta do que realmente foi expresso pelas clientes sobre a enfermeira, ou seja, quando aparecem discursos que indiscutivelmente eram referentes à ela.

Nas **Considerações Finais**, são retomados os aspectos mais importantes presentes nos capítulos, articulando-os aos objetivos da pesquisa.

CAPÍTULO 1

1.1. O CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A pesquisa tem caráter qualitativo, pois possibilita desvendar através de aproximações sucessivas com o objeto, as dimensões que o constituem. Segundo Minayo (1994, p. 10), a metodologia qualitativa tem a capacidade de envolver o significado e a intencionalidade como “inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, com construções humanas significativas”. Apresenta como objetivo a compreensão dos valores culturais e as representações de um determinado grupo sobre temas específicos. Uma pesquisa qualitativa em saúde, segundo a referida autora, deve abordar questões ligadas à natureza do social, às relações entre indivíduo e sociedade, entre ação, estrutura e significados.

Procurando referências quanto à situação da pesquisa qualitativa em Enfermagem no Brasil, encontrei em Stefanelli et al (1990, p. 55) que esta metodologia, além de estudar o fenômeno em seu contexto natural, contribui para a compreensão do homem holisticamente, um dos fenômenos da Enfermagem que não pode ser estudado através de números ou por tratamento estatístico. As autoras afirmam que é mais um recurso metodológico para ampliar, consolidar e fortalecer o corpo de conhecimentos da Enfermagem.

Tendo em vista a natureza da investigação proposta e a complexidade do objeto de estudo, baseio-me em Minayo & Sanches (1993, p. 245) os quais afirmam que o objeto da abordagem qualitativa se dá no nível mais profundo, ou seja, no nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, expressos pela linguagem comum.

Elegi, como abordagem teórico-metodológica do presente estudo, a teoria das representações sociais criada por Serge Moscovici, para estudar como a ciência se converte, em parte, no jogo do senso comum, ou seja, na relação entre o pensamento científico e aquele que se refere ao pensamento popular.

Tendo em vista os procedimentos metodológicos que constituem o corpo deste trabalho, farei uma breve apresentação da Teoria das Representações Sociais.

O conceito de representações sociais é compartilhado por diversas áreas do conhecimento, como Antropologia, Sociologia do Conhecimento, Psicologia social, Filosofia. Assume, portanto, interpretações diferenciadas, “fugindo ao domínio de uma única disciplina, pois trata de uma forma de conhecimento social” (GARCIA, 1993, p. 18).

A teoria das representações sociais foi proposta por Durkheim, que a denominou de “representação coletiva”. A Psicologia Social, surgiu no início da década de 60, na Europa, a partir do estudo de Serge Moscovici, intitulado *La psycanalyse, son image et son public* (1961). Versava sobre a

socialização da psicanálise, sua apropriação pela população parisiense, seu processo de transformação para servir a outros usos e funções (HERZLICH, 1991, p. 24).

Serge Moscovici, procurando encontrar uma teoria que incluísse a relação entre o pensamento científico e aquele que se refere ao senso comum, o pensamento popular, focalizando o sujeito como um ser ativo e construtor do mundo, definiu representação social como “uma rede de imagens e conceitos interagindo, cujos conteúdos se diferenciam continuamente através do tempo e do espaço” (MOSCOVICI, 1978, p. 220). Ao representar algo ou alguém, ocorre a constituição de um processo pelo qual se estabelece a relação do sujeito com o mundo e com as coisas.

Segundo as elaborações de Garcia (1993, p. 18), a representação é a “construção mental da realidade”; é uma forma de conhecimento do senso comum, ou seja, a ciência produzida no cotidiano das pessoas, elaborada e compartilhada socialmente. Na sua construção, estão presentes o conteúdo, o objeto e o sujeito. As informações, as imagens, as opiniões e atitudes formam o conteúdo; este se relaciona a um objeto: um trabalho, um acontecimento ou um personagem social, ou seja, “toda representação social é representação de algo e de alguém” (JODELET, 1988, p. 07).

As representações sociais têm a finalidade de descrever e compreender as práticas acerca de determinado objeto, através da fala dos sujeitos envolvidos procurando desnudar o sistema de valores e significados

desses sujeitos. Através da fala, das tradições, costumes e crenças, os sujeitos expressam as suas percepções e o conteúdo de seus pensamentos que, ao serem analisados em determinado campo social e nas contingências históricas próprias, formam a teia das representações sociais. Cabe acentuar o alerta de Vala (1993, p. 913) quando afirma que

“....as representações sociais não são meros enunciados sobre a realidade, mas teorias sociais práticas sobre objetos relevantes na vida dos grupos. Enquanto teorias, são organizações de crenças, atitudes e explicações; enquanto teorias práticas, são organizadores da ação; enquanto teorias sociais, são produzidas no quadro das comunicações quotidianas...”

Através da teoria das representações sociais, é possível compreender a origem de problemas sociais e esclarecer aspectos da sua apropriação pela sociedade.

Sevalho (1993, p. 349), em seu estudo sobre representação do processo saúde/doença, afirma que o reflexo das representações se dá no nível simbólico, no qual as ambigüidades, os pensamentos, as ações e as atitudes são expressas. Para Herzlich (1991, p. 25), “uma representação social é um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas.”

Na perspectiva de se trabalhar as representações enquanto conhecimento do senso comum, procura-se superar a dicotomia entre ciência e senso comum, tratando ambas as manifestações como construções sociais

sujeitas às determinações histórico-sociais de épocas específicas. Compreende-se que as representações estão ancoradas na esfera cognitiva e, como produto social, o conhecimento tem que ser remetido às condições sociais que o engendraram, só podendo ser analisado no contexto social em que “emerge, circula e se transforma” (SPINK, 1995, p. 93).

As representações sociais sempre representam um objeto, partindo da construção simbólica e com alguns recursos informativos; apresentam um caráter de imagem, isto é, recorrem à imagem para mediar o conceito e a percepção; possuem um caráter construtivo, autônomo e criativo, pois reconstroem a partir da interpretação formando uma nova representação. Garcia (1993, p. 24) comenta que “a construção da representação social leva em conta a classe social, o grupo, a cultura e os padrões cognitivos, estéticos e éticos, reproduz metaforicamente padrões onde estão contempladas as condições de classe social”.

A identidade da enfermeira, segundo Daher (1995, p. 04) é carregada de estigmas e estereótipos, produzidos socialmente por um conjunto de valores simbólicos, os quais não correspondem, na realidade, ao papel profissional desenvolvido por ela.

Nesta perspectiva, as representações sociais dela e da sua prática profissional expressas pelas clientes, correspondem às situações reais e contraditórias nas quais os atores estão envolvidos, podendo ser analisadas criticamente, procurando-se encontrar suas vertentes explicativas no todo.

Para “compreender como e por que os homens agem e pensam de determinada maneira”, é necessário tomar como ponto de partida as relações sociais, reforçando assim o caráter histórico da consciência (SAWAIA, 1995, p. 75) e desmistificando a neutralidade do processo cognitivo. Como diz Guareschi (1995, p. 201) as nossas representações não são independentes, estão interligadas à nossa concepção do homem e da sociedade.

As representações sociais da coletividade sobre a enfermeira estão fundamentadas na ideologia dominante que desvaloriza o trabalho feminino na nossa sociedade e é reforçada por estereótipos sobre a profissão que circulam nos meios de comunicação de massa e no pensamento popular. Ao investigar as ideologias e valores na formação de enfermeiras, Passos (1996, p. 14) afirma que

“... a compreensão da enfermagem e da profissão no Brasil têm sua origem no trabalho caritativo desenvolvido por religiosos na ajuda aos pobres, doentes e abandonados, embalados por uma *ideologia religiosa* que via nisso uma maneira de salvar não só o corpo como também e, principalmente, o espírito deles e dos seus pacientes”

Como o conceito de representações sociais possui normalmente elementos associados, como os aspectos culturais, cognitivos e valorativos, ou seja, ideológicos, presentes no meio e nas mentes, Loyola e Silva afirmam que, historicamente, este tipo de ideologia poderá ter criado, no nível simbólico da sociedade, uma imagem da enfermeira como “anjo” (LOYOLA,

1987) e a identificação da profissão como extensão dos trabalhos domésticos (SILVA, 1989).

A elaboração das representações sociais, segundo Moscovici inclui dois processos - a objetivação e a ancoragem. A objetivação é a transformação de algo abstrato, como noções, idéias e imagens em coisas quase concretas e materiais que fazem parte da realidade. Objetivar é dar materialidade às idéias. O autor afirma que a objetivação permite ao sujeito dominar um certo conhecimento, trazendo para a realidade o que era apenas símbolo.

A ancoragem implica inserir um objeto social “na hierarquia de valores e entre as operações realizadas pela sociedade” (MOSCOVICI, 1978, p. 173). Ela adequa o objeto representado à realidade da qual foi extraído, estabelecendo a constituição de uma teia de significações em torno do objeto e das interligações entre ele e o meio social. Ancorar é denominar, classificar fenômenos desconhecidos, novos para o senso comum, a partir de conhecimentos pré-existentes, estabelecendo-os no campo social. Tornar o estranho em familiar é aproximá-lo a algo que já conhecemos, que supõe um juízo que revela algo da teoria que se tem do objeto classificado (RAMOS, 1992, p. 44).

Ao representar a enfermeira e a sua prática profissional, as clientes reconstruíram esta prática, classificaram-na e categorizaram-na. Consideraram diversos aspectos que permeiam a nossa realidade de trabalho, evidenciaram

aspectos cognitivos e afetivos em relação à profissão, confirmando o caráter cognitivo e social das representações sociais, a partir do contexto que as originou.

1.2. O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa foi realizada em uma unidade da rede pública de saúde - o Instituto de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais - localizado na região central do município - que adota o modelo proposto pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), embora não possua maternidade para a assistência ao parto.

O Instituto de Saúde da Mulher está vinculado administrativamente à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. A escolha dessa instituição considerou o fato de ela ser um dos locais de ensino prático da Disciplina de Enfermagem Ginecológica e Obstétrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, no qual existe uma rotina de atendimento pela enfermeira. Cabe ressaltar que não atuo como docente nesse campo de ensino prático.

Defini como critérios de inclusão dos sujeitos para este estudo: estar inscrita no serviço e aceitar participar da pesquisa.

O número de participantes não foi definido previamente, por se tratar de uma pesquisa qualitativa. Segui as orientações de Minayo (1993, p.

103) quando afirma que a validade do número de participantes está relacionada à capacidade de ver o objeto em todas as suas dimensões. Além disso cada mulher em sua singularidade carrega características da totalidade. Sendo assim, delimitei o número de sujeitos a partir das informações coletadas, considerando a saturação das informações, ou seja, quando as informações começaram a se repetir e dados novos não foram mais encontrados bem como a sua abrangência para a análise proposta nesta investigação, que ocorreu ao término de dezenove entrevistas.

A clientela que frequenta a Instituição do estudo é bastante diversificada, sendo composta de mulheres que participam do programa de direitos reprodutivos⁴, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama e do serviço de pré-natal.

Na fase exploratória da pesquisa, foi enviado um ofício juntamente com o projeto de pesquisa ao diretor do Instituto de Saúde da Mulher, solicitando-lhe autorização para a realização deste estudo. Após a liberação, ocorreu uma reunião com ele para a apresentação do trabalho. Obtido o deferimento da chefia, foi discutido o estudo juntamente com a coordenadora do serviço de enfermagem e com as enfermeiras individualmente. Iniciei a entrada no campo, participando da rotina diária do serviço, ficando na recepção, onde é realizada a marcação de consultas e exames, prestando

⁴ O grupo de direitos reprodutivos é coordenado pela enfermeira ou pela assistente social, consistindo em três reuniões de duas horas de duração, onde são abordados todos os tipos de métodos de contracepção. É a partir da participação no grupo que as clientes fazem a opção por um método.

atendimento no setor de entrega de medicamentos e acompanhando a consulta da enfermeira com as clientes. Realizei também o atendimento de algumas clientes para a consulta de prevenção do câncer ginecológico e de mama, mensuração de diafragma, consulta de pré-natal às gestantes e avaliação do resultado de exames. Cabe destacar que as mulheres por mim atendidas foram excluídas como sujeitos da pesquisa para não interferir nos achados, evitar um possível viés e assegurar a credibilidade do estudo.

Inicialmente, havia estabelecido que as participantes da pesquisa seriam apenas as gestantes que procuravam a consulta com a enfermeira. Com o decorrer da fase da coleta, pude observar que a demanda de gestantes para a consulta de enfermagem era restrita, dificultando a abrangência do estudo. Discutindo com as enfermeiras do Serviço sobre tal situação, estas sugeriram que não delimitasse os sujeitos apenas para gestante, uma vez que existe na instituição uma série de entraves para a realização do pré-natal pela enfermeira, o que pude observar no período em que havia realizado alguns atendimentos à clientela. A maioria das gestantes que estavam sendo acompanhadas pelos médicos eram classificadas como gestantes de baixo-risco e não tinham sido encaminhadas para a enfermeira. Diante disso, decidi ampliar a abrangência do meu estudo, para qualquer cliente, independente do motivo da procura do atendimento, uma vez que o meu objeto de estudo era a representação da enfermeira e de sua prática profissional e não o motivo que levou a cliente a buscar a consulta de enfermagem.

O processo de investigação deu-se através da busca das clientes no momento em que se realizava a avaliação diária das fichas e cartões separando-se clientes para as enfermeiras e para os médicos antes do início do atendimento, quando se obtinha, na maioria das vezes, o motivo da consulta, como no caso do atendimento pré-natal e do seguimento de uso de métodos contraceptivos. Após identificação das clientes, me apresentava e esclarecia sobre o estudo, indagando-as sobre o interesse em participar da pesquisa, oferecendo plena liberdade de participação ou recusa, assim como assegurando-lhes o sigilo e o anonimato.

A fase do trabalho de campo iniciou-se em dezembro de 1996 para a adequação dos instrumentos de coleta. Foram necessários vários ajustes no roteiro da entrevista semi-estruturada e na dinâmica de relaxamento. Com as modificações realizadas, tanto no roteiro da entrevista (anexo 02) quanto na dinâmica, observei que, além de a entrevista ter fluído com maior facilidade, as entrevistadas apresentavam maior espontaneidade para responder as perguntas.

Concordo com Cruz Neto (1995) quando afirma que “... uma pesquisa não se restringe à utilização de instrumentos apurados de coleta de informações para dar conta de seus objetivos” (op. cit., 1994, p. 62). Nesse sentido, a reformulação do caminhar da pesquisa ocorre na interação entre pesquisador e o campo de trabalho que vai se descobrindo ao nosso olhar à medida que entramos em contato com a realidade.

A experiência de realizar modificações no instrumento e na forma de elaborar a dinâmica foi muito enriquecedora e demonstrou que, para se produzir conhecimentos, são necessárias a organização e a orientação que se efetivam através da ordenação do referencial teórico articulado com a prática. O roteiro definitivo foi estabelecido, adequando-o e articulando-o com o objetivo da pesquisa. Ele proporcionou às entrevistadas a possibilidade de desenvolver seus discursos com maior liberdade e espontaneidade e permitiu o maior aprofundamento do objeto de estudo.

A coleta definitiva iniciou-se no mês de março de 1997. As participantes do estudo foram dezenove clientes, no período de março a maio de 1997.

As informações foram colhidas **individualmente** através de **dinâmica de criatividade e sensibilidade e da entrevista semi-estruturada**. A dinâmica teve como objetivo assegurar às participantes, liberdade de expressão e criar um ambiente agradável, no qual puderam, através de colagens, pinturas e desenhos, expressar suas representações quanto à enfermeira e sua prática profissional. A opção por este instrumento se deve ao fato de que pretendia configurar a estrutura representacional do campo investigado; não apenas examinar a “imagem de”, a “opinião sobre”, mas distinguir os vínculos entre imagem e significado, opiniões e critérios de avaliação produzidos pela sociedade que dá forma à representação social. A técnica projetiva facilita a manifestação da subjetividade individual ou

coletiva e possibilita captar o imaginário através do lúdico. A dinâmica serviu para facilitar o levantamento e fazer emergir os elementos constitutivos das representações sobre a enfermeira e sua prática profissional.

A dinâmica de criatividade e sensibilidade vem sendo utilizada nas pesquisas em Enfermagem, sendo encontrada nas investigações de Figueiredo (1994), Stipp (1995), Oliveira (1995), Souza (1996), Arantes (1996) entre outras. Lane (1995, p. 64) comenta que as estratégias metodológicas para abordar as representações têm variado muito, citando desde entrevista aberta até a utilização de desenhos. Souza Filho (1995, p. 115) faz referência às técnicas projetivas e aos jogos de dramatização como procedimentos de coleta de dados, destacando a necessidade de serem acompanhados por verbalizações a respeito das intenções e significados associados pelos próprios sujeitos.

Portanto, quando o sujeito da pesquisa explica o material produzido, está representando o significado da imagem que construiu, apresentando o símbolo, o significado.

A operacionalização da coleta de informações seguiu os seguintes passos:

- investigação das fichas e cartões de atendimento às clientes;
- apresentação da pesquisadora à cliente: nome, profissão, local de trabalho (vinculação à unidade de saúde em função do trabalho docente) e identificação do estudo proposto como uma iniciativa particular;
- apresentação do estudo;

- apresentação da proposta da oficina, enfatizando o aspecto participativo;
- solicitação de autorização para gravação da entrevista, esclarecimento quanto à preservação do sigilo e do anonimato das participantes;
- esclarecimento quanto à não obrigatoriedade de participação, se a opção da cliente fosse de não participar.

Em seguida, preenchimento do formulário (anexo 01) com os dados de identificação das clientes para facilitar a minha aproximação. Nesse momento, solicitava-lhes que escolhessem um pseudônimo como forma de identificá-las na pesquisa, sendo que a maioria delas, além de escolher, justificava a sua escolha relacionando o nome ao de algum parente, amigo ou filha.

Posteriormente, iniciava um aquecimento⁵, que consistia em realizar alguns exercícios corporais como forma de concentração para o trabalho proposto, além de proporcionar um momento para que as entrevistadas entrassem em contato com o seu interior e refletissem: “Quem é a enfermeira e quem é a médica para você?”

Os exercícios corporais tiveram como finalidade facilitar a reflexão para desencadear as representações das participantes. As atividades propostas observaram a seguinte sequência:

- andar e sentir o contato do pé com o chão;
- andar cada vez mais rápido e mudar de direção; voltar a caminhar no seu ritmo;

⁵ A dinâmica adotada foi transmitida e vivenciada no curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da USP, na disciplina de Metodologia de Preparo para a Maternidade e Paternidade e vem sendo aplicada na prática da autora com grupos de gestantes.

- andar e observar o ambiente ao seu redor;
- andar em círculo para frente, sentindo os pontos de contato dos pés com o chão;
- andar em círculos para trás, retornar a caminhar normalmente;
- andar na ponta dos pés; voltar a caminhar normalmente;
- andar nos calcanhares; voltar a caminhar normalmente e pensar: “Imagens e lembranças venham em minha mente sobre enfermeiras”;
- andar apoiando a borda externa dos pés;
- andar apoiando a borda interna dos pés;
- parar com os pés paralelos, flexionando levemente os joelhos;
- sacudir o corpo, vibrando no sentido vertical;
- relaxar;
- espreguiçar-se;
- com os dedos das mãos entrelaçados, alongar os braços para cima, para frente e para trás;
- alongar a perna para frente, para os lados e para trás, estendendo também o pé;
- repetir com a outra perna;
- andar novamente e pensar: “Imagens e lembranças venham em minha mente sobre médicas”;
- de pé, com os joelhos flexionados, colocar as mãos na altura dos quadris, com os polegares apoiados no sacro rodar os quadris, primeiro num sentido, depois no outro (exercício do bambolê);
- igualmente de pé, girar lentamente a cabeça para o ombro direito (repetir duas vezes), depois girar a cabeça para o ombro esquerdo (repetir duas vezes);
- de pé, com os joelhos flexionados e as mãos juntas atrás do corpo, rodar a cabeça algumas vezes, primeiro para um lado, depois para o outro - rotações amplas e lentas, devendo permanecer um pouco nas posições de maior tensão, respirando profundamente;

- de pé, com os joelhos flexionados e com os braços ao longo do corpo, fazer exercícios de rotação dos ombros de frente para trás e de trás para a frente;
- respirar fundo e relaxar.

Estes exercícios eram realizados por mim e pela entrevistada simultaneamente, em uma sala reservada, com música ambiente. A duração média era de quinze a vinte minutos, de acordo com o ritmo de cada participante. Cabe ressaltar que todas as entrevistadas realizaram os exercícios de aquecimento, sendo que algumas se dispuseram a retirar as sandálias, colocando-se à vontade, estabelecendo um clima de relaxamento e prontidão para a atividade.

Em seguida, oferecia materiais como cartolina colorida, pincéis atômicos, revistas variadas, jornais, massa de modelagem, cola, tesoura e solicitava fazer um desenho, colagem ou modelagem que representasse: **“O que vem à sua cabeça quando você pensa na enfermeira? E o que vem à sua cabeça quando você pensa na médica?”**⁶. Em seguida, a cliente explicava o material produzido, surgindo várias questões que demonstravam a aproximação com o objeto de estudo, a representação social da enfermeira e de sua prática profissional, produzindo assim o material simbólico ou

⁶ A colocação para “pensar na médica” foi sugestão da banca de defesa do projeto e decorrente do resultado da trajetória para a adequação dos instrumentos. Ao inserir esta questão, tanto no roteiro da entrevista quanto na dinâmica, pôde-se observar que, além da entrevista fluir com maior facilidade, as entrevistadas apresentavam maior espontaneidade para responder as perguntas, permitindo deste modo, que explicitasse o pensamento em relação à profissão livremente.

icônico, o pictograma⁷. A maioria das participantes escolheu fazer a colagem comentando que não gostava ou não sabia desenhar. As clientes demonstraram muito envolvimento com o trabalho, foram muito participativas e espontâneas, optando por elaborar o pictograma sentadas no chão. Cabe destacar que duas participantes, após alguns momentos folheando as revistas, não quiseram fazer os pictogramas, solicitando-me para iniciar a entrevista. Ao perguntar-lhes o motivo, uma delas explicou que era porque não havia pensado em nada e que não sabia fazer e a outra participante, porque tinha medo de represálias, uma vez que iria se internar naquele dia para a realização de uma cirurgia e tinha medo que alguém visse o seu cartaz e pudesse lhe causar algum mal⁸.

Após a realização dos pictogramas, constituindo a objetivação do material icônico produzido, os sujeitos explicavam o seu significado – estabelecendo a ancoragem, surgindo várias questões que evidenciaram a aproximação com o objeto de estudo.

Nesse momento da coleta de informações, os sujeitos explicitavam o por quê de seu desenho ou colagem e eram estimulados a esclarecer os significados de suas representações. No caso das duas clientes que não quiseram fazer os pictogramas, perguntei-lhes o que haviam pensado sobre

⁷ O pictograma é um signo utilizado em pictografia. Segundo o dicionário eletrônico do Aurélio (1996), significa um sistema de escrita de natureza icônica, baseado em representações bastante simplificadas dos objetos da realidade.

⁸ Esclarecerei esta situação mais adiante na análise.

médicas e enfermeiras enquanto realizavam os exercícios de relaxamento. Utilizei a entrevista semi-estruturada (anexo 02) como forma de complementar e aprofundar os conteúdos surgidos através da dinâmica. Esses momentos foram gravados em fita magnética com a anuência dos sujeitos, sendo preservado o anonimato. Após os procedimentos de coleta, registrava minha percepção, questionamentos e informações complementares no instrumento de coleta dos dados (anexo 01). A duração média das entrevistas foi em torno de 30 minutos a 1 hora e 15 minutos.

Os depoimentos foram transcritos à medida que iam sendo coletados e a análise ocorreu simultaneamente. Nela se obteve a interpretação das representações dos sujeitos da pesquisa sobre o tema proposto. Os hábitos de linguagem como “né”, “tá”, “entendeu”, “sabe”, foram retirados das falas, como forma de facilitar a compreensão dos depoimentos. A transcrição das falas foi organizada para a realização de sua categorização, se caracterizando dentro do referencial das representações sociais, a objetivação e a ancoragem das idéias das informantes. Organizei o discurso em colunas, num mapa, para facilitar a visualização e permitir uma leitura vertical, de forma que identificasse os temas emergentes.

A partir da interpretação dos sujeitos sobre a enfermeira e sua prática profissional, passei a estruturar o material destacando os temas emergentes. Assim os elementos que surgiram como expressões e idéias

foram agrupados dentro de um conceito abrangente, ressaltando o que aparecia como relevante.

A análise ocorreu a partir dos temas emergentes, produto da dinâmica de criatividade e sensibilidade e entrevistas, para os quais propus inferências sustentadas pelo referencial teórico como um processo de ir à raiz dos problemas e realizar o esforço de estabelecer conexões, mediações e contradições dos fatos que constituem a situação pesquisada, o que se aproximou da fase de ancoragem mencionada pelos autores das representações sociais.

A análise pressupõe que expliquemos o fenômeno estudado, considerando-o como multifacetado. Por isso não pretendi esgotá-lo, considerando toda explicação como relativa. Assim, não apresento verdades absolutas, mas novos questionamentos ficarão em aberto para posterior estudo.

1.3. AS ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA NOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A abordagem das representações das clientes sobre a enfermeira e sua prática profissional deve ser contextualizada numa visão histórica sobre o processo de inserção desta profissional nos programas nacionais de saúde materno-infantil, tendo como ponto inicial o seu reconhecimento na divisão social do trabalho na saúde e a implantação dos primeiros programas, a partir da década de 70.

A referência histórica da inserção da enfermagem nos programas nacionais de saúde materno-infantil foi realizada por Tyrrell & Carvalho (1995, p. 226) que afirmam “... a enfermagem foi, desde o primeiro programa de saúde materno-infantil, mal contemplada: quanto à caracterização do serviço de enfermagem na área materno-infantil, às atribuições designadas para a enfermeira e para o pessoal auxiliar de enfermagem...”. Esta abordagem apresentada sinteticamente aqui é uma tentativa de demonstrar a prática de enfermagem nos programas, destacando-se principalmente a assistência da enfermeira.

Segundo Oliveira (1996, p. 32), a assistência à saúde da mulher teve seus primórdios com a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, em 1933, cuja atribuição era “de iniciar um programa nacional de proteção materno-infantil”, e cuja proposta estava “voltada para a assistência

às mães e crianças de todas as classes sociais, inclusive no interior do país” (op. cit. p. 32).

O programa materno-infantil criado pelo Ministério da Saúde –M.S., em 1974, teve como meta o atendimento da população considerada de maior risco e vulnerabilidade, devido às elevadas taxas de morbimortalidade e óbitos em menores de 01 a 04 anos por doenças evitáveis como as redutíveis por imunização, diarreia, entre outras (ROCHA, SILVA, ALESSI, 1984, p. 174). As autoras explicitaram que, a partir de 1974, a crise do sistema capitalista brasileiro, gerando insatisfação popular, obrigou os governantes a aumentarem os investimentos na saúde, educação e benefícios sociais.

Com a recriação do sistema de saúde (Lei N.º 6229/75), houve incentivo para a criação de programas de extensão de cobertura, destinados à população carente, através de programas de alimentação, vigilância epidemiológica e saúde materno-infantil. Este quadro de morbimortalidade estava associado a uma distribuição inadequada da assistência nos níveis primário, secundário e terciário; número insuficiente de médicos especialistas e profissionais de saúde de nível médio e auxiliar; existência da proporção invertida de médico-enfermeira; ausência de programas; equipamentos mal conservados e sua utilização inadequada.

Assim, pretendia-se reduzir a morbimortalidade materna e infantil, definindo como prioritários para a assistência à mulher e à criança: planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério; estímulo ao aleitamento

materno, suplementação alimentar na insuficiência do leite materno, controle do crescimento e desenvolvimento, prevenção e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias, imunização e assistência odontológica; incluindo saneamento básico e saúde escolar. Desta forma, o Estado assumiria suas propostas, apelando para a colaboração das comunidades.

O programa de assistência materno-infantil, segundo Marques apud Rocha, Silva, Alessi (1984, p. 175) não aprofunda a relação risco-classe social como um marco de análise, mas se detém no enfoque epidemiológico positivista de multicausalidade.

Encontrei no estudo de Tyrrell & Carvalho (1995, p. 221) a informação de que, no primeiro programa elaborado pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil do Ministério da Saúde, a inserção da assistência de enfermagem ocorreu através da definição de “Atendimento de Enfermagem”, não sendo determinado o membro da equipe de enfermagem que deveria executar tal atividade, podendo ser tanto a enfermeira como o auxiliar e ainda sem previsão de pagamento por atividades realizadas pela enfermeira. Outro fato que chama a atenção é que, em 1975, surge nas determinações relacionadas aos profissionais de saúde, a denominação de “elemento nuclear”, como a pessoa responsável por determinada tarefa, sendo omitidos a enfermeira e o vacinador. A clientela a ser atendida era composta de gestantes, parturientes, puérperas, crianças menores e maiores de 01 ano.

As atividades definidas como de enfermagem na assistência à gestante incluíam mensuração antropométrica, verificação de sinais vitais, exame obstétrico, terapêutica de rotina, educação para a saúde, orientação alimentar e visita domiciliar. Novamente observa-se que não há definição de competência profissional para o exercício destas atividades, uma vez que o instrumento de mensuração era hora/enfermagem ou hora/enfermeira-visitadora, respectivamente (BRASIL, 1975, p. 20-21).

Na análise de Tyrrell & Carvalho (1995, p. 223), a denominação de “consulta de enfermagem” foi usada como sinônimo de “atendimento de enfermagem” e foi atribuída à enfermeira ou ao pessoal auxiliar, para a consulta tanto à gestante como à criança, em 1977, sendo que as ações de enfermagem não sofreram modificações concernentes à prática.

A consulta de enfermagem, que deveria ser executada pela enfermeira ou pelo pessoal auxiliar capacitado, na época, consistia em: recepção à cliente; levantamento do estado de saúde da gestante: identificação de queixas; idade gestacional, evolução da gestação, antecedentes obstétricos, critérios de risco, verificação de ganho ponderal, mensuração antropométrica, verificação de pressão arterial e coloração das mucosas; pesquisa de edema e albuminúria; verificação da altura uterina; ausculta dos batimentos cardíaco-fetais; orientação de acordo com os problemas levantados; solicitação de pedidos de exames complementares de rotina; prescrição e fornecimento de sulfato ferroso a partir do início do terceiro trimestre; encaminhamentos

necessários; agendamento para a próxima consulta e registro das ações desenvolvidas (op. cit., 1995, p. 223).

Ainda em 1977, foram incluídos como atividades de enfermagem o registro da clientela, a pré-consulta médica, executada pelo atendente; a pós-consulta com objetivo educativo, executada por qualquer membro da equipe de enfermagem.

Rocha, Silva, Alessi (1984, p. 182) afirmam que o programa busca normatizar e racionalizar as ações. Aponta relações hierárquicas para os agentes de saúde e uma divisão técnica do trabalho definida entre as categorias profissionais. Os discursos das enfermeiras constataam afirmações que reproduzem o discurso oficial, a concepção do profissional como um “elemento passivo, receptor e cumpridor de ordens emanadas das instâncias superiores”.

Na década de 80, o governo Figueiredo (1979-1982) solicita ao Ministério da Saúde, por pressão do Fundo Monetário Internacional, o programa de planejamento familiar. O grupo técnico do M.S., que contava com algumas integrantes do movimento de mulheres e respondendo às pressões deste, por atenção à saúde da mulher mais abrangente, elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A proposta é mais ampla e contempla a mulher em todas as fases da vida, desde a adolescência até à velhice. O documento preliminar, além do diagnóstico da saúde da mulher no Brasil e do serviço a ela prestado, preconiza que as

práticas educativas devem perpassar todas as ações do programa, propondo metodologia mais participativa referenciada na experiência dos grupos de reflexão, grupos de auto-consciência do movimento feminista.

Em 1980, é formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com uma proposta de expansão de cobertura dos serviços previdenciários e um enfoque nos cuidados primários de saúde. A área materno-infantil se enquadrava aí como prioritária (OLIVEIRA, 1988, p.47). Em 1983, o Ministério da Saúde, apresentou a proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo texto foi debatido e sofreu modificações pelos profissionais de saúde e grupos de mulheres, baseando-se na compreensão da mulher como ser integral em cada fase do ciclo da vida, com suas especificidades, com garantia de informação do seu corpo (CNDM, 1986).

Em 1984, o PAISM começa a ser implantado. Em 1986, o diretor geral do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), Ézio Cordeiro, publica uma portaria propondo a implantação do PAISM no INAMPS, que contava com um grande número de unidades de assistência médica no Brasil. Ainda nesse ano, ocorre no México a Conferência Mundial de População, que exigiu um posicionamento oficial do governo quanto à política demográfica. Foi a partir do posicionamento do Presidente de República, em 1º de março de 1983, na sua mensagem ao

Congresso Nacional, que o Ministério da Saúde elaborou sua proposta de programa assistencial à mulher (OLIVEIRA, 1988, p. 52).

Nesse mesmo ano, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1984) aprovou um relatório de análise do PAISM, elaborado por um grupo de enfermeiras-conselheiras, no qual estas discordavam da delegação de determinadas atividades do programa, ao auxiliar de saúde, uma vez que este, não tendo habilitação formal e legal para tal, pode colocar em risco a saúde da população. Tyrrell & Carvalho (1995, p. 225) destacam que a enfermeira é mencionada explicitamente em duas atribuições como elemento nuclear “médico e/ou enfermeiro” nas consultas clínico e toco-ginecológicas e nas atividades de planejamento familiar. Outro ponto polêmico foi relativo à inserção e retirada do dispositivo intra-uterino (DIU), que poderia ser realizado pelo “médico ou pela enfermeira treinada”, tendo o COFEN entendido que esta era uma atividade de competência médica.

Merece destaque o fato de que se inicia nessa época (1984) o atendimento às mulheres, tanto pela enfermeira como pelo médico, fato este, que pode ter influenciado na representação da enfermeira pelas clientes. Além de a cliente ser atendida por diferentes categorias profissionais, incluindo a auxiliar de saúde, a existência de uma padronização de ações, baseada no modelo biomédico de atenção, reforça ou direciona esta representação.

Ao se analisar a inserção da enfermeira nos programas de saúde materno-infantil, fica claro que a atuação deste profissional foi limitada. Um

aspecto importante é que os recursos disponíveis na enfermagem foram identificados nos Planos Decenais de Saúde e nos Programas de Saúde Materno-Infantil como limitados, associados a condições péssimas de trabalho, baixos salários e ausência de espaço formal de discussão e decisão da Enfermagem no nível central (TYRRELL & CARVALHO, 1995, p. 238).

Na tentativa de compreender a limitação das funções da enfermeira nos programas, entendo que é necessário, para a análise desta investigação, buscar referências na categoria *gênero*, pois considero que a história da inserção da mulher no mercado de trabalho também influenciou na formação das representações sociais sobre a enfermeira e sua prática profissional.

Gênero, conforme a definição de Scott (1990, p. 1-2) é um elemento que faz parte das relações sociais, fundamentado pelas diferenças perceptíveis entre os dois sexos e como forma de representar relações de poder como naturais e inquestionáveis, que integram uma carga cultural e ideológica. Com isso, a diferenciação entre o sexo biológico e social reside em que o primeiro se refere às diferenças anátomo-fisiológicas entre homens e mulheres e o segundo à forma como estas diferenças são assumidas na sociedade em diferentes épocas. Por trás do termo *gênero* está um conceito de *repensar* a sociedade. Na área da saúde, a organização do trabalho baseia-se na hegemonia do “saber masculino, branco, adulto e médico” (FONSECA, 1995, p. 01). A categoria *gênero* permitirá observar como ela se expressa nas

representações da clientela sobre a enfermeira e sua prática profissional, no espaço considerado.

As relações entre os gêneros influenciam a formação das representações sociais da enfermeira, assim como as relações de poder estabelecidas. Autoras como Melo (1986), Loyola (1987), Silva (1989), Pires (1989), Fonseca (1995), Passos (1996), Nascimento (1996) discutem a identidade da enfermagem, representada em vários momentos da história como atividade feminina, configurando práticas atribuídas à mulher pela sociedade. Para Benitez et al (1985, p. 149), a marginalização da Enfermagem no campo da saúde não se deve apenas ao seu caráter feminino, mas também ao fato de que o seu exercício implica em funções manuais, dependentes e de baixo prestígio social sendo relegadas às mulheres marginalizadas do processo produtivo por sua condição feminina.

A construção da identidade da enfermeira enquanto profissional e da Enfermagem enquanto prática social é incorporada à categoria gênero, entendido como sendo o “sexo social e historicamente construído” (CASTRO, 1991, p. 39). Por tratar-se de uma profissão exercida hegemonicamente por mulheres (95% de mulheres no nível superior), lhe conferem especificidades inerentes à situação da mulher na sociedade. Este fato torna-se relevante quando se analisam os determinantes e a organização desta prática social, tornando-a sujeita a estereótipos da vivência feminina na sociedade. PIRES (1989, p. 58) comenta que o aparecimento do trabalho das mulheres na área

da saúde no Brasil deu-se através do desenvolvimento de cuidados ao doente pelas religiosas, como parteiras leigas e como voluntárias para a assistência aos doentes, citando como exemplo Francisca Sade e Anna Nery.

O sexo social, historicamente construído e produto das relações sociais entre homens e mulheres, revela condições desiguais de exercício do poder, no qual as mulheres ocupam posições subalternas em relação aos homens. A Enfermagem é uma das profissões mais estereotipadas e afetadas, pois as enfermeiras são condicionadas, pela sociedade e pela classe médica, a desempenhar um papel subordinado.

A situação da mulher, em relação ao exercício do poder na história, demonstra que as mulheres vêm assumindo posições subalternas e secundárias em relação aos homens, consolidando as desigualdades sociais histórica e socialmente construídas. Como exemplo, destacamos o fato de que, desde o primeiro programa de saúde materno-infantil, a Enfermagem foi caracterizada pela concepção de *execução* de tarefas, identificada como trabalho manual, que é visto pela sociedade como o de menor valor social, e atualmente a enfermeira ainda não pode assumir completamente a assistência à gestante de baixo-risco, sendo necessário o retorno da mesma ao profissional médico.

A profissionalização da Enfermagem moderna reproduziu historicamente a subordinação à categoria médica, definida como profissão masculina, uma vez que as tarefas executadas pelas mulheres sempre tiveram

menor prestígio que as destinadas ao sexo masculino, e as mulheres, por sua vez, assimilaram como verdades absolutas os mitos criados pelos homens a seu respeito. Historicamente, a enfermeira foi identificada mais com o cuidar do que com o curar, característica própria feminina e masculina, respectivamente.

O processo de institucionalização da enfermagem brasileira, segundo Pires (1989, p. 134) tirou as mulheres do ambiente privado, que era a meta de vida, e colocou-as no mercado de trabalho explorando os sentimentos de civilidade, de religiosidade e altruísmo, mantendo a figura do médico como elemento principal da assistência à saúde, sem questionar o papel social da nova profissão.

As mulheres aparecem exercendo atividades na área da saúde, como voluntárias ou como parteiras leigas, desenvolvendo ações de cunho caritativo, que não são vistas como trabalho produtivo. À mulher, permitiu-se um trabalho caritativo para a intervenção solidária e terapêutica na área da procriação e parto, uma vez que estes são fenômenos naturais e cabiam às mulheres. Pires (1989, p. 58) destaca que “o papel social de subordinação reservado às mulheres se reproduz não só no espaço privado, mas também no exercício profissional, de âmbito público”. A autora conclui que as ações de cunho caritativo são precursoras das atividades de enfermagem, tendo como pontos comuns a característica não profissional e o fato de serem exercidas majoritariamente por mulheres.

Germano (1984, p. 24-26) afirma que a Enfermagem reproduz este papel de “submissão”, “caridade”, “obediência” e “humildade” até os anos 80, sendo que, no final daquela década, inicia-se um movimento de questionamento desta prática profissional, sustentado por um referencial crítico, explicitando as relações políticas, econômicas e ideológicas.

Sendo assim, considero que há apenas dezoito anos a Enfermagem vem se mobilizando para redimensionar a profissão enquanto um saber-fazer e refletir as relações de poder, do poder masculino, estabelecidas no trabalho.

As considerações dos diversos autores citados demonstram que a formação do imaginário social sobre a enfermeira e sua prática profissional esteve vinculada a uma prática de caráter feminino, caritativo e assistencial, tendo como objetivo o cuidado do corpo e da alma, repercutindo até os dias de hoje.

De acordo com Tyrrell & Carvalho (1995, p. 227), a sub-utilização da enfermeira nos programas materno-infantil permaneceu até que, em 1984, as funções e responsabilidades passam a ser atribuídas à equipe multiprofissional, “não mais reforçando a hegemonia médica no fazer ou executar as atividades de proteção à saúde da mulher e da criança”.

Ao discutir a assistência de enfermagem prestada à mulher, Fonseca (1995, p. 07) comenta que esta tem um enfoque na capacidade reprodutiva, no sentido de facilitá-la ou de controlá-la, uma vez que as políticas públicas de saúde privilegiam o grupo materno-infantil como forma de proteção da força

de trabalho indispensável ao capitalismo. Para a autora, o PAISM, mesmo com o discurso renovador do programa, tem uma abordagem preconceituosa, cabendo às mulheres políticas protecionistas defendidas no discurso neoliberal, não possibilitando à mulher alcançar a cidadania. E, para que ocorram mudanças, faz-se necessária uma ruptura com a visão de subalternidade social da mulher durante o processo de assistência, seja pela discriminação de classe, de gênero ou do poder do saber nas relações com a clientela.

Após a discussão da inserção da enfermagem nos programas nacionais de assistência à saúde da mulher, começo a questionar como este processo influenciou, ou não, a formação do imaginário das clientes em relação à enfermeira e sua prática profissional, e como estas questões se articulam e determinam as representações das clientes quando são atendidas pela enfermeira.

CAPÍTULO 2

A ENFERMEIRA NO OLHAR DAS CLIENTES

Neste capítulo, abordo inicialmente a caracterização das entrevistadas para, em seguida, contemplar as suas representações sobre a enfermeira e sua prática profissional . Apresento a forma de classificação, marcada pelo reconhecimento da enfermeira e da sua prática profissional presente nos discursos das clientes, discutindo então alguns aspectos que permeiam as representações.

Apresento, a seguir, informações das dezenove entrevistadas que participaram do estudo, adquiridas através do preenchimento do formulário (anexo 01), em entrevista realizada individualmente, no início da dinâmica, incluindo-se dados de identificação, nível de instrução e renda.

As mulheres que participaram deste estudo encontravam-se na faixa etária de 17 a 43 anos, o número de filhos variando entre 0 a 07 e residindo em diversas áreas da cidade de Juiz de Fora, como a região central (São Mateus e Manoel Honório), bairros periféricos (Bairro de Lourdes, Bela Aurora, Jardim Esperança, Jardim Natal, Linhares, Marumbi, Nossa Senhora Aparecida, Santa Efigênia, Santa Luzia, Santo Antônio, Santa Rita, São Benedito) e zona rural (Boa Vista e Chácara).

Situando a união conjugal (anexo 03), quinze das mulheres são casadas, uma é viúva, uma é solteira e duas encontram-se separadas.

Ampliando esta configuração, em relação ao nível de instrução das clientes, constato uma distribuição desigual por série cursada. Trata-se de mulheres que não possuem alfabetização até o nível de terceiro grau. Uma é analfabeta, dez têm primeiro grau incompleto, duas têm o primeiro grau completo, uma tem o segundo grau incompleto, duas têm o segundo grau completo e as três restantes têm formação de nível superior.

Essas informações enriquecem a análise da representação, uma vez que esta se refere ao indivíduo que participa da sociedade, interpretando as suas variações, os seus saberes, descobrindo no discurso o seu conhecimento que explica o mundo. Pelas características do grupo acima, pode-se depreender que se trata de uma parcela da população jovem, com formação intelectual e experiências entre frações diferenciadas, prevalecendo as mulheres com o primeiro grau incompleto. Cabe ressaltar a homogeneidade observada nos depoimentos, ou seja, não se observaram diferenças expressivas entre eles. Ainda que exista uma diferença significativa em relação ao nível de escolaridade, as representações das clientes em relação à enfermeira e a sua prática profissional surgiram como um conjunto com muitas semelhanças.

No que se refere à renda familiar (anexo 03), encontrei uma variação de 01 a 13 salários mínimos, com destaque para três clientes com

nível elevado face à natureza das usuárias dos serviços públicos, dispondo de mais de 10 salários mínimos.

Em relação à renda individual (anexo 03), constatei a inexistência de renda em nove mulheres, por não exercerem atividade remunerada regularmente, dedicando-se somente às tarefas domésticas, representando as trabalhadoras não assalariadas. Entre as que exerciam atividade remunerada, uma ganhava dois salários mínimos e meio⁹, quatro recebiam um salário mínimo, uma recebia um salário mínimo e meio, duas recebiam dois salários, duas recebiam dois salários mínimos e meio, e uma recebia dez salários mínimos.

Quanto à ocupação das entrevistadas (anexo 03), nove desenvolvem o trabalho no lar; duas são empregadas domésticas, duas costureiras; uma é zeladora, uma vendedora, uma exerce atividade profissional como professora de educação artística com formação específica; uma é pedagoga e trabalha como professora de informática e musicalização para crianças e uma trabalha em ciências contábeis; uma é técnica em contabilidade, mas encontra-se aposentada.

A demanda das mulheres entrevistadas ao Instituto caracterizou-se para a consulta de enfermagem ou médica. A procura pela consulta de enfermagem durante a coleta de informações foi a seguinte: cinco clientes para a realização da consulta de seguimento do pré-natal; duas para a primeira

⁹ O valor do salário-mínimo no ano de 1997 considerado de referência foi de R\$ 112,00.

consulta de pré-natal; duas para a consulta de acompanhamento do uso de diafragma; duas para avaliação e tratamento de doença sexualmente transmissível, cinco para a consulta de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama, e as três restantes para a consulta médica: uma para avaliação do dispositivo intra-uterino - DIU, uma para consulta de seguimento do pré-natal e a outra para encaminhamento de internação hospitalar. As três clientes que estavam aguardando a consulta médica consultaram-se com a enfermeira para a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino e uma participou do grupo de direitos reprodutivos.

Quanto ao número de consultas com a enfermeira (anexo 03) vivenciadas pelas entrevistadas, constatei que, além do atendimento individual no contexto da consulta, elas tiveram também a oportunidade de participar do trabalho de grupo de direitos reprodutivos. O número de consultas foi variável desde a vinda para a primeira consulta (uma das entrevistadas) até sete consultas. Além da consulta com a enfermeira, seis participaram do grupo coordenado por ela e pela assistente social.

Pelas características descritas acima, é possível perceber que a demanda para a consulta de enfermagem tem aumentado por razões que necessariamente estão vinculadas a um atendimento especializado de que necessitam e que está condicionado a um corpo de conhecimentos teóricos e práticos que a enfermeira deverá possuir.

2.1. “DROGAS E SOLUÇÕES”: A DILUIÇÃO DA ENFERMEIRA NA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE

Este tema explicita os referenciais simbólicos que sustentavam as representações das clientes sobre a enfermeira e a sua prática profissional, a partir de uma representação dominante moldada pelas relações estabelecidas com profissionais da equipe de enfermagem. A construção das representações das clientes se fundamentou nos processos de classificação e categorização da enfermeira e da sua prática profissional, através de referenciais gerados socialmente e também da elaboração individual.

No grupo estudado, um traço característico se destacou como elemento comum e freqüente nos depoimentos. Foi o fato de as clientes não terem o conhecimento das diversas categorias que compõem a equipe de enfermagem. Tal informação foi coletada após o término da entrevista, quando se perguntava se conheciam os diferentes integrantes da equipe de enfermagem. Com exceção de uma cliente, as demais entrevistadas disseram que desconheciam essa categorização. Na oportunidade, lhe explicava quais são os membros da equipe de enfermagem e qual a formação acadêmica da enfermeira. Emergiu, nas suas representações, uma imagem da enfermeira como única, tanto a enfermeira, como o técnico, o auxiliar ou o atendente de enfermagem, não havendo distinção entre o trabalho da enfermeira e o dos

demais e até mesmo ocupações fora da equipe, como por exemplo auxiliar de dentista, administrativo e acompanhante de pessoas idosas.

O discurso das clientes revelou um sistema de categorias articulado que orientou a avaliação e a esquematização sobre a profissão, compondo uma lógica própria associada às ações. Nas representações das clientes, duas questões interligadas respondem por estas categorias.

A primeira questão refere-se às experiências da cliente com a enfermeira no contexto do atendimento em nível hospitalar e no Instituto de Saúde da Mulher. Independente do fato de saber "*quem é quem na equipe*", conforme relatam quatro informantes, a enfermeira pôde ser assim sintetizada: "Aquele que ajuda um outro profissional", que pode ser desde o médico até o dentista, numa concepção estereotipada. Esta interpretação descortina uma variedade de funções relacionadas a uma profissional que desenvolve um trabalho basicamente manual e subordinado, pouco qualificado, pouco específico, sendo visualizada como parte de um grupo homogêneo sem nenhum tipo de diferenciação interna. A própria história destas representações sociais da profissão, que se moldam ao longo das lembranças e experiências que as clientes tiveram com a enfermeira, tanto no contexto do atendimento hospitalar quanto no ambulatorial, forma um pano de fundo sobre o qual é construída a representação.

A segunda questão baseia-se na constatação de como o jogo da aparência influi na representação que a clientela tem sobre a enfermeira,

sendo ela vista como aquela pessoa proveniente de um nível sócio-econômico mais baixo, pela sua forma de vestir, pela atividade que exerce, pela forma de relacionar-se com os outros, estando embutida aí a classe social a que ela pertence.

As clientes consideram que não há diferença entre a enfermeira, os demais profissionais da equipe de enfermagem e o médico, como pode ser observado nos seguintes depoimentos:

“Eu não sei não. É a gente chegar assim e saber definir quem é a médica e quem é a enfermeira?” Isso aí eu não sei não, chegar no hospital e saber quem é médica e quem é enfermeira... Eu cheguei e prá mim era todo mundo médica. Aí depois é que eu fui saber que a Carmem¹⁰ era enfermeira.” (Vera).

“Ah, eu olhando assim eu não consigo avaliar quem é, a diferença de uma prá outra não, entendeu?” (Franciele).

Esta indiferenciação revela um sistema de classificação na qual os profissionais de saúde se apresentam como um grupo homogêneo. Para as clientes, a pessoa que está vestida de roupa branca no serviço de saúde será enfermeira ou médica. A área da saúde representa, hoje, no Brasil, um campo no qual atuam mais de uma dezena de diferentes profissionais. A concepção no senso-comum, de que existam apenas duas profissões neste campo, vem reafirmar, a impossibilidade de a cliente diferenciar a enfermeira na equipe de enfermagem. Ao perguntar-lhes como é que diferenciam um profissional

¹⁰ Nome fictício da Enfermeira do Instituto de Saúde da Mulher de Juiz de Fora.

do outro, quando vão a uma unidade de saúde ou quando procuram um hospital, elas respondem:

“Ah, no meu pensamento é o que a gente vê que tá de roupa branca” (Sônia).

“Eu sei que chego e vejo uma enfermeira assim toda vestidinha de branco, aquela ali eu acho que é enfermeira. O médico eu vejo de branco também...” (Paula).

Neste tema, são indicadas as peças iniciais do jogo das representações da enfermeira. Entre o grupo entrevistado, de modo mais preciso, o jogo das aparências está baseado na forma de se vestir, na cor da pele, no movimento corporal e no trato com a cliente, que foi traduzido da seguinte forma nos depoimentos:

“Tem gente que, que fala: Ah aquela ali é enfermeira. Porque às vezes a... o **jeito de vestimenta** daquela enfermeira, vê **a cor** daquela enfermeira, **Ih! isso aí é... enfermeira mesmo**. Isso aí não é médica não...” (Franciele).

“Porque pela forma, **forma física, roupa** você acha mais por isso mesmo, ou que tem **mais liberdade para chegar**, e chegar e perguntar, eu acho que é assim.” (Lígia).

Estas falas permitem identificar que a aparência é um dos critérios para se definir quem é quem nas instituições de saúde. Maffesoli (1996, p. 165) comenta que o jogo da aparência está inscrito num sistema simbólico amplo não devendo ser desprezado, pois a forma faz o corpo social. Penna (1992), ao adotar o conceito de Pierre Bourdieu de “classificação dominante”,

comenta que a adoção de emblemas de identidade visa marcar a especificidade do grupo. “Quando determinados traços e práticas culturais são selecionados como “símbolos” de identidade, sua natureza é alterada: sua imutabilidade é enfatizada, pois buscam reproduzir e representar o autêntico e o tradicional” (op. cit., p.77). Esse processo marca a identidade do grupo. A forma de se vestir e a raça negra, nos esquemas de classificação dominantes, são critérios para a atribuição de identidade e, como consequência, a qualificação do indivíduo.

Em certos momentos, ao falarem acerca da enfermeira, duas delas apresentam-na como auxiliar administrativo:

“A enfermeira fala **“eu que tou marcando”**... Quando ela vai no telefone, marcando lá, na marcação, vai pro telefone conversar e volta **“eu que tou marcando”** aí a gente sabe” (Rosana).

“A enfermeira fica só por conta de **marcar**” (Daniela).

Esta percepção particular do auxiliar administrativo como sendo a enfermeira é constante no senso-comum e reflete a absorção de conteúdos que são veiculados pela imprensa em geral e até pelos profissionais de saúde. A enfermeira é aquela que marca a consulta ou que está na recepção do serviço. No cenário do estudo, presenciei uma médica falando para a cliente marcar a consulta de retorno com a “enfermeira” da recepção, e uma auxiliar de serviços gerais informou à cliente que a marcação de exames era com a enfermeira. Estes exemplos fazem parte do nosso cotidiano de trabalho e

muitas vezes não são questionados por nós, reforçando ainda mais estas representações.

Outra linha de pensamento que contorna as representações da enfermeira pela clientela é aquela segundo a qual ela é vista como *auxiliar do médico ou do dentista*, como se verifica a seguir:

“... é mais assim como uma secretária. Ela tá ajudando ali, tá com a médica ali, mas a médica que examina, que olha” (Sônia).

“Ah, muita enfermeira é necessário. **Ela é necessário, tanto pro médico, aquelas que auxiliam o dentista**, ela é necessária” (Franciele).

Esta representação expressa a visão de uma prática subserviente, decorrente da posição subalterna que os profissionais de enfermagem possuem nas instituições voltadas para o atendimento à saúde. Não se classifica a enfermeira pela sua qualificação e competência, mas como uma pessoa que deverá servir a outro profissional.

A enfermeira como auxiliar de médico se deve ao fato de a Enfermagem ter uma história vinculada ao *fazer*, desarticulada de um conhecimento científico, como afirmou Silva (1989, p. 40):

“... em todo o largo período pré-capitalista, a prática médica sempre se caracterizou pela exigência de um certo preparo especializado (...) Em contrapartida, a história da enfermagem pré-profissional é a história de uma prática social que nasceu vinculada às atividades domésticas, à mercê exclusivamente das mães de família, de monges e de escravos”.

Sendo assim, o reflexo mais forte é a desvalorização e o desprestígio da profissão em relação à medicina que, desde o seu início, sustentou a sua prática num saber especializado.

Certamente, a Enfermagem no seu desenvolvimento enquanto profissão, foi marcada pelas condições da mulher na sociedade, sendo reforçada pelas escolas que preparavam a enfermeira para a submissão. Esta situação de inferioridade em relação à medicina, como afirma Passos (1996, p. 16), representa uma reprodução das relações de gênero e é reforçada por algumas práticas de enfermagem identificadas como atividades domésticas e pela desvalorização do cuidar por parte da sociedade.

A imagem pública da enfermeira, tanto nos dias atuais como antigamente, está marcadamente vinculada ao gênero, à sexualidade, pertinente à vida das mulheres (SOBRAL et al, 1996, p. 48). Segundo análise de Fonseca (1995, p. 10), a Enfermagem se desqualifica enquanto prática na área da saúde por ser hegemonicamente feminina e com um corpo de conhecimentos em construção, sendo subalterna em relação ao homem e ao médico, isto é, subordinação de gênero e de saber. Esta situação é por mim observada através da atitude dócil, abnegada, servil e submissa da mulher enfermeira nas relações de trabalho, ao lidar com as chefias que, quase sempre, são homens e médicos.

O trabalho estratificado por níveis de formação na Enfermagem, o distanciamento do cliente pela enfermeira para exercer o cuidado, a sub-

utilização desta profissional nas instituições de saúde são fatores que explicam esta representação da clientela, uma vez que o exercício de várias atividades da profissão, até mesmo as *privativas* da enfermeira, tem sido majoritariamente realizado pelas categorias “ocupacionais” que assumem ainda mais posições de submissão frente à categoria médica e que apresentam maior visibilidade social. Para a maior parte da população brasileira, segundo Silva (1989, p.126), excluindo a que tem algum contato através do trabalho, a variedade de níveis dentro da enfermagem é totalmente ignorada, sendo que todos os tipos de “ocupacionais” são confundidos com enfermeiras.

Esta afirmação se confirma neste estudo e com uma contradição premente, pois, se a cliente vivenciou um atendimento especializado com esta profissional, era esperado que tivesse uma representação diferenciada, mas o que prevaleceu e se manifestou mais forte foi o senso-comum da enfermeira como auxiliar e executora de trabalhos manuais. O estudo de Figueiredo (1990, p.55) também encontrou a referência pelas clientes de todos os membros da equipe de enfermagem como “enfermeiras”. Para Silva (1989), esta situação interfere no prestígio da profissão na sociedade, conseqüentemente na produção destas representações. O processo de profissionalização engloba o reconhecimento da sociedade como trabalho profissional aquele que oferece ao público serviços especializados altamente

técnicos não condizendo com a função de auxiliar de médico ou dentista, como foi representado.

Esta representação da enfermeira vista como auxiliar, uma atividade secundária que serve para ajudar no trabalho de outros profissionais, me faz retomar a questão de como o serviço de enfermagem está configurado e qual a característica do mercado de trabalho.

A sua prática encontra-se predominantemente não-privativa, com o desenvolvimento de atividades afins e a presença de vários obstáculos na perspectiva da autonomia provocando limitações profundas na organização do seu trabalho. O monopólio do mercado de trabalho é uma das características para a profissão se firmar na sociedade. Nesta perspectiva, o monopólio do cuidar não é da enfermeira, mas apresenta-se fracionado entre o técnico, o auxiliar e até mesmo o atendente de enfermagem, ou seja, pessoas com diversas qualificações. Esta heterogeneidade da equipe é composta por conflitos intracategoriais. Para Lopes (1995, p. 153), mesmo estando submetida à autoridade legal da enfermeira, que é a que possui formação de nível universitário, a equipe apresenta uma relação de competição interna, “em termos não só do monopólio da produção do conhecimento, mas também do exercício em si (organização e processo de trabalho)”.

A organização do trabalho na equipe de enfermagem obedece a uma hierarquia normativa de procedimentos, através da gerência realizada pela enfermeira o que estabelece um poder administrativo. Para Lopes (1995, p.

157), isso configura-se num “desvio da ação do cuidar enquanto relação com seu sujeito-objeto, assim como perda de autonomia no plano do saber profissional”, tornando-se uma forma de o hospital evitar que a ação da enfermeira se centre no cliente, o que garante a administração de recursos materiais e humanos, ficando o cuidado numa função secundária.

Daher (1995, p. 53), em seu estudo, encontrou a identidade da enfermeira representada como “uma identidade complementar, auxiliar à do médico”, surgindo quase que naturalmente a superioridade do saber e poder médico em relação à inferioridade da enfermagem. Esta classificação “natural” de inferioridade afirmam-se em características que nada têm de natural, mas sim num estado de correlação de forças que reafirma a existência de uma concepção impregnada de valores e de atributos presentes no imaginário da sociedade sobre a profissão.

Daher (op. cit, p. 52) afirma que a representação da identidade da enfermeira não existe isoladamente, mas associada à identidade do médico como uma identidade complementar, auxiliar à do médico. Esta associação com a figura do médico foi apontada pelas clientes, como pode ser observado nos seguintes depoimentos:

“... geralmente as enfermeiras tão sempre... passando prá lá e prá cá... tão sempre em movimento, enquanto os médicos geralmente tão mais pacatos” (Camila).

“A enfermeira é a que fica mais no corredor, sempre mais assim.... por que a médica fica só no consultório” (Daniela).

“... o médico é aquele que sempre anda com uma pasta, está sempre de jaleco branco... já a enfermeira geralmente tem um crachá escrito enfermeira” (Silvânia).

A identidade social da enfermeira foi contrastada à do médico pelas depoentes. Um dos estereótipos presentes no senso-comum sobre a profissão é a enfermagem como “sustentação do serviço médico” (BAPTISTA, 1995, p.74), cumpridora de ordens médicas, como uma disciplina auxiliar da medicina:

“...prá mim o médico fica mais com o lado de dizer *você vai fazer isso, vai fazer aquilo, você fez isso, aquilo, aquilo outro, às tantas horas você vai fazer isso. Quer dizer, dá o que tem que ser feito*” (Carla).

A hegemonia médica na saúde, conforme Pires (1989, p. 99), ocorreu a partir do momento em que os médicos se apossaram do saber de saúde e delegaram parcelas específicas do ato de saúde para outros profissionais sob o seu controle. Nesta mudança da divisão técnica do trabalho, predominou a hierarquização organizada pela supremacia do trabalho intelectual dos médicos, sobre o trabalho de característica manual dos demais. Sustentados no argumento de que o “saber médico sistematizado nas escolas seria de qualidade superior ao utilizado pelos práticos” (PIRES, 1989, p. 100) justificaram a sua supremacia. Mas, segundo a autora, o que fortaleceu o poderio médico foi “a identificação dos médicos com as classes dominantes nos diversos momentos históricos” (op. cit., p. 105).

No senso comum, a supremacia médica se deve à superioridade do seu saber em relação às demais profissões da área da saúde. A persistência da representação da enfermeira como subordinada ao médico, submissa e subserviente é também explicitada no estudo de Baptista (1995) e Daher (1995). Para Miranda et al (1996, p. 120), a dominação do saber médico e, conseqüentemente, do médico sobre as enfermeiras, está relacionada à incorporação pela enfermeira dos aspectos sociais e religiosos de seu ideal profissional.

Dentre os determinantes que configuram uma profissão, a Enfermagem tem-se tornado até hoje um ramo derivado a serviço da medicina, como prática subalterna, como convém à manutenção da divisão sexual e social do trabalho.

Carla consegue resumir bem a compreensão da presença constante da Enfermagem nos serviços de saúde, contrapondo-se com a do médico:

“...Bom, eh... o médico pouco aparece (risos), só vai lá prá fazer visita... Então o médico e a médica quando aparece lá no hospital, com a paciente, é diretamente ao paciente. Então, como eu fiquei, pouco eu cruzei com o médico... só prá ver a ficha, prá ver como o paciente está... O mais, o maior contato que você tem no hospital não é com o médico. O médico é só prá dizer a situação de paciente... E quem é que pega depois, quem que fica ali o tempo inteiro, lado a lado com o paciente, é a enfermeira” (Carla).

É importante notar a contradição neste depoimento, quando a entrevistada afirma que a finalidade do trabalho tanto do médico quanto da enfermeira é a mesma:

“Eu acho que tanto na mão de médico como na mão de enfermeira. Eu acho que passa pelo mesmo caminho, apesar de que o médico é mais de constatação... da coisa e de... por exemplo, no momento da cirurgia, uma coisa assim, sendo que a enfermeira também busca a mesma coisa” (Carla).

Uma característica que merece ser considerada no material empírico analisado diz respeito ao posicionamento da enfermagem em relação à medicina, à interdependência entre uma profissão e outra. Durante a ancoragem do material representado, Carla explica a relação do trabalho da Enfermagem com o da Medicina:

“... é como se tivesse uma mão lá em cima, é aqui mesmo, uma mão, uns olhos, olha, o trabalho tá ali, é visto por ali, entendeu, mas é um cordão umbilical, se esta parte aqui cai, cai o resto tudinho.” (Carla).

é...**poder** mesmo, porque eu acho que tem muita coisa assim: **não pode fazer isto, sem a presença do médico**, não pode fazer isto por causa de não sei o quê, **tudo elas têm de seguir a instrução de alguém, dentro de um certo lugar**” (Carla).

“... o enfermeiro ele fica, fica mais um pouco... pro canto dele e o médico sai mais, **o médico é o doutor ali, o enfermeiro é o enfermeiro...** porque ele é o doutor, tem uma certa diferença” (Marta).

É necessário que se faça a análise destas falas considerando a posição que a enfermeira ocupa em relação ao médico no processo de divisão do trabalho. Benitez et al (1985, p. 171) comentam que o significado sociológico da subordinação da enfermagem em relação à medicina se deve às origens da corporação médica até se tornar classe hegemônica. Em contrapartida, a opressão da Enfermagem é manifestada de duas formas: a confinção da enfermeira ao trabalho manual e rotineiro que o médico não desejava fazer e a delimitação das atividades da enfermagem para a ampliação do seu campo profissional. A esse respeito, Pereira-Neto (1995, p. 608) nos lembra os elementos estruturais e históricos na configuração da profissão médica no Brasil. Quando o hospital se tornou o “locus” privilegiado de trabalho em equipe, os médicos procuravam definir a abrangência da área de conhecimento e de trabalho dos profissionais que atuavam junto a eles. Consideravam-se como “autoridade, outorgada por seu estatuto científico e acadêmico para definir o conteúdo dos cursos de

formação e delimitar o espaço para o exercício das diferentes atividades na área da saúde” (op. cit., p. 609).

O autor exemplifica, através do discurso de um dos participantes do Congresso Nacional dos Práticos¹¹, portanto antes da institucionalização da Enfermagem brasileira, sobre o curso de enfermeiras visitadoras: “A profissão de enfermeira precisa ser colocada no **devido nível** (grifo nosso), para o que é mister o governo criar um padrão de escola de enfermeiras e fiscalizar esta profissão (...) guiadas e dirigidas pelos médicos” (PEREIRA-NETO, 1995, p. 610). Portanto, antes de mais nada, a preocupação era submeter a enfermeira ao domínio médico, não apenas no campo do conhecimento, como também no na sua prática.

A representação da cliente sobre a falta de poder da enfermeira, como aquela que não pode tomar nenhuma decisão sem antes consultar alguém, demonstra que ficam claras para a clientela as limitações sofridas pela enfermeira na sua prática. Na divisão social do poder na organização dos serviços de saúde, apesar de as enfermeiras responderem pela gestão e controle do trabalho de enfermagem, Aquino (1996, p. 133) comenta que são as enfermeiras que se confrontam mais abertamente com o médico na divisão social de poder no âmbito da organização dos serviços de saúde,

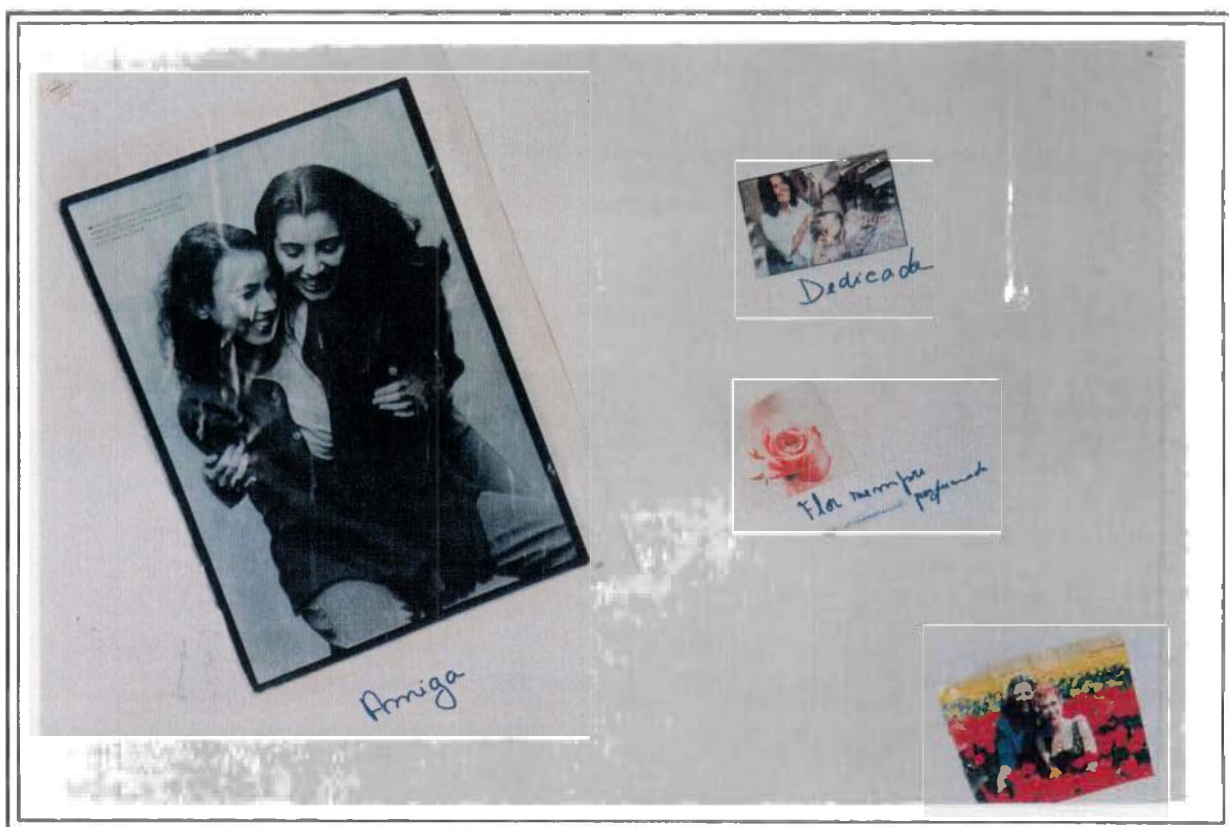
¹¹ Esse congresso aconteceu em 30 de setembro a 08 de outubro de 1922, no Rio de Janeiro. Ferreira-Neto comenta que a profissão médica, no final do século XIX até a metade do século XX, encontrava-se em crise. Discutiram, nesse Congresso, a redefinição da base cognitiva da Medicina e a reestruturação do mercado dos serviços de saúde.

“mediatizada pelas relações de gênero”. Este confronto explicitado pelas clientes demonstra como as relações estabelecidas no campo de trabalho da enfermagem são conflituosas e perceptíveis para a clientela.

A enfermeira é também representada por ela como uma profissional que presta cuidados, como verificamos no seguinte depoimento:

“... tem que ficar limpando, tem que ficar olhando, tem que ver horas que colocou (sinaliza como o suporte de soro) saber como está ... E quem é que pega depois! Quem que fica ali o tempo inteiro, lado a lado com o paciente, é a enfermeira. É a enfermeira, o enfermeiro, que dá o remédio, olha a hora ali que tem que tomar, que vigia, é o enfermeiro” (Carla).

“... cuidar da cliente, de uma pessoa que tá precisando dela, da **dedicação** dela” (Marta).



Pictograma realizado por “Marta” durante a dinâmica de criatividade e sensibilidade.

Esta representação da inserção da enfermeira no processo de trabalho como uma pessoa sempre presente, que vigia e controla, que cuida do cliente, me faz afirmar que o cuidado é uma ação singular da identidade da Enfermagem. Há o poder concreto da competência da Enfermagem para o exercício do cuidado, como um saber que apresenta uma produção concreta e visível nas representações das clientes. O cuidado é apreendido e organizado simbolicamente, como atribuição da enfermeira, como uma expectativa de comportamento legítimo.

A profissão como eminentemente feminina foi explicitada no estudo de Daher (1995, p. 51): “... a profissão está presente nas representações individuais e coletivas como feminina, sendo quotidianamente representada desta forma”. Nesta investigação, no entanto, verificamos nos depoimentos que as clientes se referiram ao profissional tanto do sexo feminino como masculino:

“... a enfermeira ou o enfermeiro...” (Carla).

“... os contatos que eu tive bem pessoais com enfermeiro...” (Lígia).

“... precisa de todo carinho e atenção do médico e enfermeiro...” (Franciele).

A caracterização da Enfermagem como uma profissão feminina ocorreu a partir da fundação da Escola de Enfermagem Ana Nery, em 1923, no Rio de Janeiro, organizada de acordo com o “Sistema Nightingale”, que

não permitia a presença do sexo masculino em seu quadro de alunos, sendo seguida pelas demais escolas do país.

Para Miranda et al (1996, p. 122), existe um hiato na história da proibição do homem dentro da profissão, pois no Brasil colonial, a assistência aos doentes era prestada pelos jesuítas, escravos e índios, sendo transferida às Irmãs de Caridade, à medida que chegavam ao Brasil. A entrada dos homens na Enfermagem ocorreu com a unificação do vestibular por área de conhecimento e o ingresso por classificação, a partir da década de 70 (BAPTISTA, 1995, p. 90). Há o início de uma mudança na concepção da profissão como apenas feminina, surgindo nas representações das clientes, tanto a enfermeira como o enfermeiro.

Apesar de as representações das clientes não se restringirem à Enfermagem como uma profissão apenas feminina, ao perguntar-lhes *“o que é para você uma boa enfermeira?”*, algumas características pensadas como femininas foram atribuídas às enfermeiras nestas representações: “carinho”, “paciência”, “amiga”, comparação da enfermeira como uma mãe, o que se observa a seguir:

“... a idéia é da enfermeira deve ser tão amiga....” (Franciele).

“... atenção, com carinho, com paciência” (Aline).

“... a enfermeira é considerada como uma mãe...” (Juliana).



Pictograma realizado por “Juliana” durante a dinâmica de criatividade e sensibilidade.

Estes atributos que a enfermeira deverá possuir estão relacionados aos atribuídos pela sociedade ocidental moderna, como específicos da identidade social da mulher, confirmando-se assim a profissão como feminina (Daher, 1995, p. 118). Os esquemas de classificação dominante incorporam a identidade social da mulher, a “atenção”, o “carinho”, a “paciência” entre outros presentes nas representações das clientes sobre a enfermeira e demonstram a persistência do “mito da feminilidade” da profissão, segundo Resende (1993). Os papéis sociais naturalizados que sempre foram atribuídos à mulher enquanto mãe e esposa são transferidos para a enfermeira com uma

carga de recodificação social. Mesmo sendo um trabalho exercido no espaço público, a concepção de que se trata de um serviço para mulheres persiste.

Na análise das representações, emergiu dos discursos um contraponto em relação à enfermeira “real”, com a qual a cliente já teve algum tipo de contato, e a enfermeira “ideal”, ou seja, aquela que a cliente gostaria que a tivesse atendido.

A princípio, o que se destaca quando as clientes responderam a pergunta “O que é para você uma boa enfermeira?” foi a sua hesitação e pausa para proceder à resposta. Esta pausa demonstra, pelas respostas, o envolvimento e a certeza de qual deve ser o perfil do profissional em relação a elas. Nestes depoimentos, evidenciam-se duas dimensões da identidade social da enfermeira junto às clientes: a pessoal, que está imbuída da questão de gênero, e a técnica.

Algumas características pensadas como femininas ao mesmo tempo realçam a competência da enfermeira em estabelecer um relacionamento terapêutico. Estas representações se apresentam como a contradição entre aquilo que é vivenciado e o que é idealizado, como verifica-se nos seguintes depoimentos:

“... eu acho que ela tem que ser muito calma, tá sempre calma, tranqüila para mexer assim com as pessoas no hospital” (Luana).

“... ela tem que ter um gesto de carinho, dedicada, carinhosa” (Marta).

A maioria dos relatos contém inúmeras referências a “atributos” necessários à enfermeira para exercer a profissão, o que, a meu ver, está relacionado ao preparo científico e à sensibilidade para exercer o cuidado, compreender o momento de fragilidade e de “desigualdade” da cliente que se encontra hospitalizada ou necessitando de algum atendimento de saúde, como se destaca no seguinte depoimento:

“... então ali ela te vê despida em todos os sentidos que você está ali frágil” (Lígia).

Concordo com Figueiredo et al (1995, p. 139) quando afirmam que o cuidado tem ação terapêutica capaz de proporcionar a cura: “...a forma, o jeito como o cuidado de enfermagem é feito pode, a nosso ver, constituir uma ação terapêutica capaz de curar, de retirar alguém de uma profunda depressão, de uma situação complexa de risco...” Para Sobral et al (1995, p. 246), a sobrevivência da enfermagem como profissão se dará a partir de um cotidiano da prática sustentado pela solidariedade e pela liberdade.

Um outro aspecto evidenciado foi a assistência recebida e a violência contra a cliente como dois temas afins, não só pela “relação óbvia de que a agressão resulta em lesão ou agravo à saúde, mas também porque a própria organização dos serviços pode ser geradora de violência” (BURSZTYN, 1996, p. 18). Nesta investigação, emergiram falas que exemplificam o atendimento desqualificante que desrespeita a mulher e muitas vezes a “maltrata”. Situações que caracterizam a relação de violência

profissional de saúde versus cliente vivenciada, como aponta uma de nossas entrevistadas:

“Até questões de tratamento com brutalidade, quer dizer, com a criança mesmo no consultório, a gente vê como tem sido tratada. Então, que isso aconteceu comigo pessoalmente e que acontece com muita gente” (Lígia).

A violência realizada por uma médica é explicitada por Vera na seguinte situação: Estava com uma consulta marcada no horário da manhã e, como mora na região rural do município de Juiz de Fora, depende de ônibus intermunicipal, tendo chegado atrasada para a consulta:

“... ela **veio falando com brutalidade** que não podia, que eu tinha que ter mais compromisso e tudo. Aí eu consultei com ela e tudo, mas ela **não mostrou aquele agrado** mesmo de, aquela boa-vontade de mostrar o serviço dela. Porque eu acho assim, se ela tá ganhando, ela tem que tratar os pacientes bem” (Vera).

A vivência solitária da violência recebida torna o seu enfrentamento mais difícil, numa relação autoritária, fruto da afirmação do poder de um sobre o outro. Apesar desta relação desigual, Vera não aceita passivamente esta postura autoritária da médica. Como resposta ao problema resolveu tomar a seguinte decisão:

“... eu falei com ela se fosse a Luciana¹², eu vou ser sincera, eu não ia consultar mais aqui. Nem que esse meu neném ia nascer sem pré-natal, mas eu não ia não, mais não” (Vera).

¹² Nome fictício para designar uma médica do Instituto de Saúde da Mulher.

Esta decisão de não se sujeitar aos maltratos psicológicos, de desrespeito, ou seja, abandonando o pré-natal, traz repercussões não só para a saúde da mulher como também para a saúde do feto. Esta situação traduz claramente como o profissional médico impõe o seu poder sobre a clientela. No estudo de Nogueira (1994, p. 135), a autora afirma que o médico é um dos profissionais que têm maior dificuldade para modificar sua prática de acordo com as necessidades da clientela.

A violência cometida por um membro da equipe de enfermagem, também foi identificada nos depoimentos de várias clientes:

“... tem umas que trata muito rude tá, às vezes não põem o travesseirinho¹³... igual quando aconteceu comigo mesmo...”
(Talita).



Pictograma realizado por “Talita” durante a dinâmica de criatividade e sensibilidade.

¹³ A cliente identifica uma figura do pictograma, em que uma enfermeira realiza uma punção venosa, e o cliente está com o antebraço apoiado em um coxim (figura a direita).

“Ah, , **aquelas que maltratam** é assim: se a gente tiver internada, põe lá e deixa... aconteceu comigo, quando eu ganhei a minha menina na Maternidade ... o médico fez a cesárea e falou assim: se sentir alguma coisa, você chama a enfermeira e pede prá ela dá remédio. Eu tava com muita dor, eu chamei e ela falou assim: Você vai ficar é quieta, tem que ficar é quieta. Eu não sei o nome dela, é morena, aí é bem escurinha, aí ela falou assim: **“ Você fica quieta que não dói. Na hora de vocês arrumarem filho vocês não arrumaram? Vocês fiquem quietinhas... Aí eu acho que ela é má enfermeira,** o nome dela eu não sei ” (Rosana).

Rosana explicita este maltrato de uma forma marcante, pois, desde o início dos exercícios de relaxamento, quando lhe solicitei para pensar “imagens e lembranças que tem de enfermeiras”, ela perguntou-me: “Aquelas que maltratam a gente?”.

A violência nesta situação demonstra o estabelecimento de uma relação na qual um dos pólos não tem escolha. No exemplo, a cliente estava sentindo dor, acamada, numa situação de desigualdade e a “enfermeira”¹⁴ utiliza de sua autoridade técnica e se recusa a administrar o analgésico, além da prescrição moral a cerca da sexualidade da cliente: “Você fica quieta que não dói. Na hora de vocês arrumarem filho vocês não arrumaram? Vocês fiquem quietinhas...”.

Além disso, Rosana não quis participar da realização do pictograma. No final da entrevista, ao perguntar-lhe o porquê de tal conduta, comentou que estava com medo, pois iria internar-se naquele dia para a

¹⁴ Não se pode afirmar qual foi o membro da equipe de enfermagem, mas seu depoimento nos leva a crer que foi uma auxiliar de enfermagem.

realização de uma cirurgia. Perguntei-lhe qual o motivo do seu medo, sendo esta a sua resposta :

“Represália. Que é a gente mesmo, depois a gente vai naquele lugar, por que a gente precisa de assistência, depois chega lá, eles já conhecem a gente muito, aí eles vai **judiar da gente**, por causa de ter feito aquilo. Aquilo... que ela **não deu a injeção**, mas aí eles vai judiar da gente. Você fez aquilo, aí já vai. Reconhece a gente e vai judiar da gente”

Diante do que foi explicitado acima, a “enfermeira” que maltrata é uma representação que demanda uma reflexão profunda em nossos locais de trabalho, na organização dos serviços e na qualificação de pessoal. Em relação à identidade social da enfermeira é mais um dos fatores que ajudam a denegrir a profissão na sociedade, uma vez que esta se apresenta homogênea com distintos agentes sociais incorporados a uma mesma classe - a das enfermeiras. O estabelecimento dos "pares", os técnicos, auxiliares, atendentes e enfermeiras compartilham uma identidade comum nas representações das clientes. Como contraponto a esta representação, a enfermeira ideal é aquela que não maltrata, como mostram os depoimentos abaixo:

“Ah, uma boa enfermeira **trata a gente bem, faz injeção**, a gente pede informação ela **dá informação** ela não passa a gente prá frente não, **atende a gente bem**. Se for pra **colher um sangue, ela colhe bem**; se a gente tiver internada, trata a gente bem, dá informação bem. Isso que é uma boa enfermeira” (Rosana).

“... põe você ali na cama, mas **ela conversa com você, te descontraí, você fica à vontade**, você conversa com ela às vezes

de... tempos atrás, você fica ... conversa com ela naquele momento, você fica à vontade, você faz o exame tranquilo. Ela trata você naturalmente, vai te ajeitando na cama, vai conversando... Tenta pegar um ponto que te agrada. Aí **você vai relaxando**, quando vê, fez a coisa, sabe, natural...” (Franciele).

A concepção da boa enfermeira como sendo competente, responsável e segura também surgiu nos discursos das clientes:

“... e que faz o seu trabalho direito também” (Aline).

“... seja competente , atenciosa e competente, segura” (Lígia).

A dimensão técnica corresponde não só ao procedimento correto do cuidado, mas também ao estabelecimento da relação terapêutica entre a enfermeira e a cliente.

A boa enfermeira é aquela que conversa com as clientes, estabelece um diálogo e reconhece a importância delas, respeita o que têm a dizer. Para Maldonado & Canella (1988, p. 70), o profissional de saúde, ao iniciar a comunicação com a cliente, deve ser capaz de estabelecer a “atitude clínica”, que pressupõe a capacidade de perceber a pessoa em sua situação existencial e respeitá-la. Figueiredo (1994) associa o cuidado ao corpo da enfermeira, como um instrumento disponível para tocar e interagir com a cliente, através dos sentidos objetivos e subjetivos. A boa enfermeira é também aquela que dá informação, que ensina e aprende, que tranquiliza.

O que chama a atenção nos depoimentos é que, para exercer a profissão, a enfermeira deve necessariamente estar mais próxima, **“tratar bem”**, como verifica-se a seguir:

“Eu acho que a profissão de enfermeira, se ela entra ali para aquela profissão, ela tá disposta a aturar paciente reclamando, paciente falando que tá doendo, paciente pedindo uma coisa para dar, uma injeção que tá doendo. Se ela entra para aquela profissão, que ela **tá disposta assumir**” (Rosana).

Assumir o **cuidado** enquanto finalidade do trabalho de enfermagem, estruturado pelo conhecimento, “corporificado em um nível técnico (instrumento e condutas) e relações sociais específicas, visando o atendimento das necessidades humanas que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente” (ALMEIDA, 1989, p. 24) através da modificação da nossa prática. O fazer enfermagem deve transcender a impessoalidade e a distância (MIRANDA, 1996), o que passa pelo estabelecimento de um modelo de assistência mais acolhedor, generoso, fraterno e de qualidade técnica.

As mulheres que participaram desta pesquisa deixam muito claros alguns aspectos do processo de trabalho da enfermeira. Houve a caracterização de alguns elementos deste processo como o objeto e o desenvolvimento da prática de enfermagem.

O objeto de trabalho da enfermeira vem sendo amplamente discutido há mais de duas décadas, por várias pesquisadoras em Enfermagem,

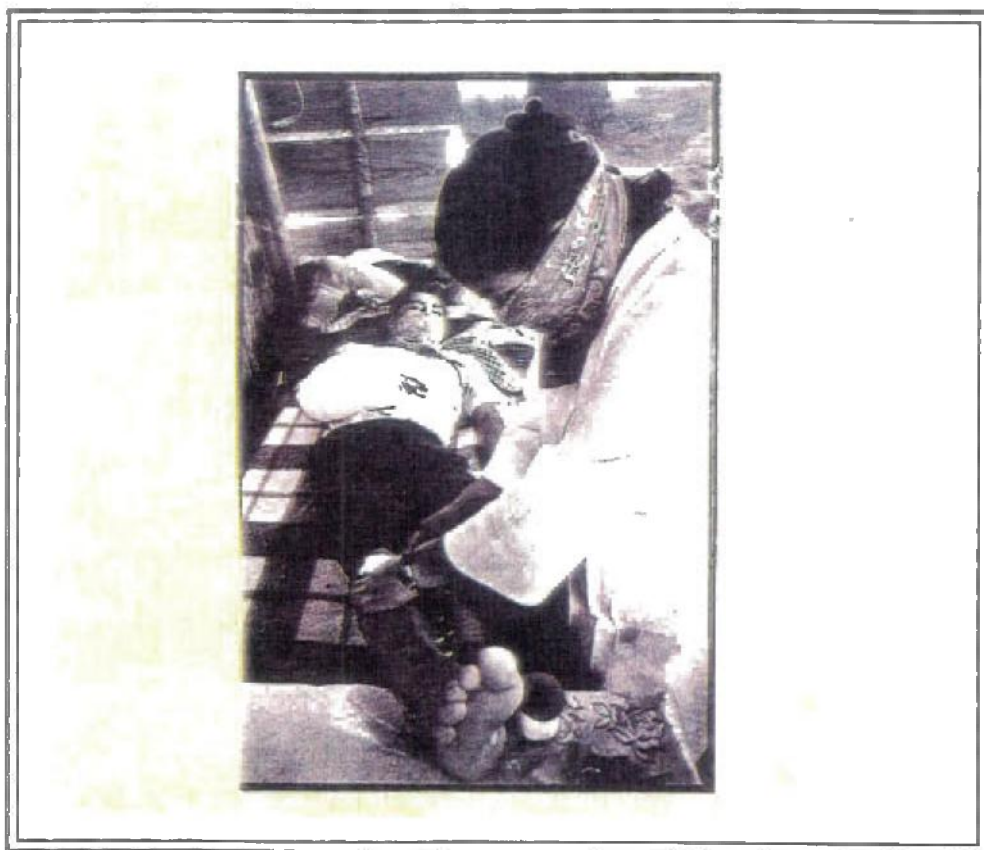
não só no Brasil, como em outros países. Para a cliente, o objeto de trabalho da enfermeira é o **cuidado**:

“... é aquela que **cuida** da gente” (Aline).

“Mexer com o ser humano é muito difícil, cada um tem a cabeça de um jeito..., mexer então com machucado que alguém tem, ferida que alguém tem, um corte que alguém tem ... **é a enfermeira, o enfermeiro, que dá o remédio, olha a hora ali que tem que tomar, que vigia, é o enfermeiro**” (Carla).

“A figura que eu escolhi foi de uma **enfermeira cuidando de um doente**” (Silvânia).

Ao interpretar o seu pictograma, “Silvânia” explicou a figura escolhida como de uma enfermeira *cuidando de um doente* e relacionou a “capacidade” da enfermeira com a do médico, justificando que, para ela, é a “mesma coisa”.



Pictograma realizado por “Silvânia” durante a dinâmica de criatividade e sensibilidade.

O cuidado direto se transformou, na passagem da Enfermagem tradicional para a moderna, segundo Silva (1989), ficando restrito às categorias “ocupacionais”, supervisionadas pelas enfermeiras. Nesta nova fase, o trabalho de enfermagem se divide em cuidado direto e indireto, ocorrendo no interior da Enfermagem “uma fragmentação de seu objeto de trabalho (op. cit., p. 86). Passos (1996, p. 31) relaciona esta fragmentação com a estrutura social capitalista, baseada na divisão do trabalho manual e intelectual.

Esta separação entre quem executa e quem dirige, de acordo com Passos (1996, p. 33), faz com que os indivíduos se distanciem do produto do seu trabalho, tornando-se um elemento alienante, transformando as relações entre os indivíduos, hierarquizando-as. Para a autora, o objeto de trabalho das enfermeiras não apenas se dividiu, mas também se multiplicou, ou seja, do cuidado direto, ele tornou-se em “planejamento, produção e propagação do saber, administração e fiscalização da assistência” (op. cit., p. 32).

Segundo Meyer (1991, p. 59), “as atividades administrativas e de ensino constituem o objeto de trabalho por excelência das enfermeiras, hoje no Brasil, não sendo a negação desse fato que vai garantir a preservação da categoria”. Entretanto, para Kurgant et al (1993), a falta de identificação e apropriação do seu objeto de trabalho, a divisão do trabalho entre diferentes níveis de enfermagem, geram contradições entre retomar o cuidado direto ou estimular as ações gerenciais.

A assistência direta ao cliente é desenvolvida por todos os membros da equipe de enfermagem, majoritariamente pelos auxiliares. Baptista (1995, p. 70) comenta que as auxiliares e atendentes “são elementos da equipe que mais têm contato com a clientela dos serviços de saúde, e portanto os que têm maior visibilidade na sociedade”. A representação, pelas clientes, do cuidado como função precípua da enfermeira demonstra a persistência no senso comum da concepção do *cuidado direto* como sua única atividade profissional, e da enfermeira como *cuidadora*.

Nos discursos, surgiu o que considero fundamental no senso-comum sobre a prática da enfermeira: aquela profissional que “ajuda o ser humano” e não um outro profissional da equipe de saúde, que estabelece uma relação de ajuda, de parceria com o outro.

A relação de ajuda para as clientes consiste em oferecer o tempo, a competência, o saber, o interesse, a capacidade de ouvir o outro e de compreendê-lo, de permanecer ao lado, como se evidencia nos seguintes depoimentos:

“Mas de enfermeira só quando eu fui ganhar a minha menina, que é essa a lembrança que eu tenho que ela... já é uma mulher com filhos também, se pôs na posição como se fosse ela que ia ganhar aquela criança, precisava de uma pessoa pra dar uma força ali... Então **ela ajudou**. Essa é a **lembrança boa que eu tenho de enfermeira...**” (Franciele).

“... nunca eu imaginei ter um filho na minha vida entendeu e de repente veio e tal e foi uma coisa superimportante e **a enfermeira**

ali me ajudando não põe a mão assim , faz desse jeito. Então eu tenho uma lembrança muito boa” (Lígia).

Considero estas vivências das clientes fundamentais, principalmente porque ocorreram num momento único da vida da mulher, que foi o nascimento de um filho.

Um outro aspecto representado pelas clientes, em relação à prática assistencial da enfermeira, foi a sobrecarga de trabalho que enfrenta no seu cotidiano:

“Ah, enfermeira luta demais! É, trabalha demais. Tem horas que trabalha dia e noite, corre para lá e para cá no hospital, tem vezes que ela não tem descanso” (Paula).

“... ela sempre tem que tá ali correndo, entendeu? Não, tenho que olhar aqui, por que eu tenho que olhar outra ali, por que eu tenho que olhar... mas acho que a sobrecarga de uma enfermeira, acho que é ... mas a pressão psicológica dentro de hospital eu acho ...que (risos) que mais quem sofre é o enfermeiro” (Carla).

As clientes representaram não só a sobrecarga física, mas também o desgaste emocional sofrido pela enfermeira em seu ambiente de trabalho. Aquino (1996, p. 141), ao realizar um estudo sobre a hipertensão arterial em trabalhadoras de enfermagem, conclui que a equipe de enfermagem em seus ambientes com precárias condições de trabalho, o sucateamento da rede de saúde ampliam as tensões entre usuários e profissionais de saúde, “o que torna as relações de trabalho potencialmente explosivas”. Esta sobrecarga física e psicológica percebida pelas clientes do trabalho da enfermagem foi

explicitada por Agudelo (1995, p.155), ao se referir ao ambiente de trabalho dos serviços de saúde como estressantes devido ao contato constante com a dor, a morte e o sofrimento dos clientes. Associada a isso, a carência de recursos materiais e humanos básicos para a prestação da assistência com qualidade, é referida pelas depoentes:

“... fazem o possível prá atender muito bem, tá. Mas elas nunca atendem muito bem, não porque, na maioria das vezes sim, mas acontecem muita coisa que elas não podem atender, por falta de muita coisa, por falta de material” (Carla).

As representações sobre os diferentes membros da equipe se configuraram explicitamente através do atendente de enfermagem, como se observa a seguir:

“Eh, tem um, atendente também, não sei, que fica, que limpa, que cuida, aquele pessoal que pega no pesado ali após alguma cirurgia ou antes de alguma cirurgia” (Carla).

O atendente, com menor ou nenhum tipo de preparo, que ainda se faz presente nas instituições de saúde, foi caracterizado como aquele que *“pega no pesado”*. Essa percepção reflete a divisão do trabalho existente na enfermagem e a forma de organização dos serviços. Consoante os dispositivos legais¹⁵ em vigor atualmente, o atendente de enfermagem não chega nem a se caracterizar como categoria. Embora despreparado para

¹⁵ Trata-se das resoluções do COFEN- 185 e 186, que dispõe sobre a autorização para a execução de tarefas elementares de enfermagem pelo pessoal sem formação específica regulada em lei.

exercer atividade de tal envergadura social, desfruta da credibilidade conferida à enfermeira, pois na prática ainda persiste um grande número deste pessoal prestando assistência à saúde da população, não só nas instituições hospitalares, como também nas unidades básicas de saúde da rede pública.

A referência ao trabalho pesado da enfermagem sustenta-se no cotidiano da sua prática nas instituições públicas e privadas, com reduzido número de pessoal para a execução de muitas atividades que demandam o “fazer”. Para Melo (1986, p. 54), a divisão social do trabalho na Enfermagem reflete a sua própria organização enquanto profissão dominando a divisão técnica do trabalho. Não se trata apenas da divisão de tarefas manuais e intelectuais entre pessoas de classes sociais diferentes, mas de “... manifestação da existência de diferentes formas de propriedade e desigualdade social”. Baptista (1995, p. 70) comenta que “... a discriminação do trabalho manual desvalorizado realizado por mulheres imprime à profissão de enfermagem um estigma que se apresenta em todas as suas relações sociais”.

As clientes apresentam uma visão da dura realidade do trabalho de enfermagem, como mal remunerado, com excessiva carga de atividades, que apresentam características específicas, como a exposição a fatores de risco, ambiental entre outros.

A presença de várias categorias no trabalho em Enfermagem é

“justificada” na medida em que elas atendem aos interesses do mercado de trabalho, na organização dos serviços de saúde, mas principalmente aos interesses do Estado. O debate sobre o mercado de trabalho da Enfermagem é um dos fatores para a consolidação de uma profissão na sociedade, na medida em que ele absorve plenamente as categorias de nível médio e elementar – no sentido de baratear os custos e de estender a cobertura de serviços (MÉDICI et al, 1987).

Nos serviços de saúde, a enfermeira tem assumido basicamente atividades como a gerência dos serviços, a administração de pessoal e de recursos materiais. Apesar de existir a delimitação da área de atuação de todos os membros da equipe de Enfermagem¹⁶, na prática, tal delimitação das esferas da atividade profissional entre enfermeira, técnico, auxiliar e atendente é camuflada, exceto no que diz respeito ao administrar e gerenciar os serviços, ocorrendo conflitos no monopólio de competências e delimitação de atividades. Para Agudelo (1995, p.153), faz-se necessário resgatar a historicidade do cuidado, analisar criticamente sua pertinência e restituí-lo como objeto do saber e da ação da enfermeira.

Outro ponto que se faz oportuno ressaltar refere-se ao desempenho das estratégias de persuasão utilizadas para que uma profissão se firme no mercado de trabalho e obtenha prestígio. Ela deve ser capaz de convencer a clientela de que só o profissional é apto a desempenhar tal atividade

¹⁶ Através da Lei do Exercício Profissional 7.498/86 (D.O U de 26/06/86).

satisfatoriamente (PEREIRA-NETO, 1995, p. 613). A análise realizada nos discursos das clientes demonstrou que não existe esta concepção diferenciada, apresentando-se mais como um fazer do que como um saber, uma prática homogênea. Apesar da homogeneidade da prática, as clientes percebem uma diferenciação no grupo em relação à forma de tratá-las:

“Eu acho que toda pessoa que é uma enfermeira, que dedica à profissão, é porque gosta. Agora, **tem umas que às vezes, a gente acha meio ignorante...**” (Juliana).

“... porque tem enfermeira que te trata tão mal, que você acha que não é enfermeira, não é nada, **e tem enfermeira que te trata tão bem que você fala assim, não, parece um doutor...**” (Marta).

“... eu acho que tem muita enfermeira que não deveria tá nesse lugar de enfermeira... mas se tem uma enfermeira bruta, eu acho que fica mais doente” (Daniela).

Aqui, os pares da enfermeira não são outras enfermeiras, mas os técnicos, os auxiliares e até os atendentes, que com elas se identificam pelo fato de exercerem a mesma ocupação. Esta heterogeneidade ocupacional causa conflitos na busca pelo reconhecimento profissional e legitimidade social, simplifica a profissional enfermeira no senso-comum e revela a repercussão negativa para a sua prática profissional.

Esta sobreposição de atribuições da enfermeira em relação aos outros membros da equipe gera problemas na explicitação do campo de

trabalho, o que é apontado “como um obstáculo que compromete a autonomia profissional e o prestígio” (op. cit. p. 613).

Tal situação, segundo Pereira-Neto (1995, p. 610), pode ser assim explicada: “... uma profissão não tem condições de definir o domínio sobre seu conhecimento se não for capaz de determinar a base esotérica das ocupações concorrentes, assim como a busca do domínio do mercado de trabalho e a garantia da autonomia são partes de uma estratégia utilizada por uma ocupação para se profissionalizar” (op. cit., p. 611).

Em contrapartida, muitas das ações consideradas privativas da enfermeira são, na prática, delegadas, principalmente quando se referem ao cuidado direto com o cliente. A enfermeira encontra restrições no mercado de trabalho, que mantém uma relação quantitativa perversa - enfermeira versus categorias de enfermagem e versus médicos. Para exemplificar, em 1990, o número de enfermeiras era de 48.368 para 154.957 técnicos e auxiliares de enfermagem e para 197.204 médicos (BERQUÓ et al, 1995, p. 44). As autoras comentam que, a partir da década de 70, ocorreu uma duplicação do número de médicos, especialmente no período entre 1980 e 1992 e que o número de enfermeiras, além de não ter aumentado na mesma proporção, apresentou menores coeficientes por habitante.

Um outro aspecto representado pelas clientes foi a percepção da desvalorização do trabalho da enfermagem:

“... eu por exemplo como pedagoga me sinto extremamente péssima porque **ninguém valoriza o trabalho, acho que às vezes a enfermeira também deve se sentir**. Eu não sei a faixa salarial, não sei a luta deles, de classe. Mas eu tenho certeza que, normalmente você fala assim “os médicos” faz, enche a boca, a enfermeira já não tá muito bem...” (Lígia).

Esta face da Enfermagem, a explorada, a desvalorizada se faz presente nas representações das clientes. Algo não reconhecido, “sem status”, desprezado pela sociedade. O trabalho feminino, segundo Lopes (1988, p. 212), é duplamente subalterno, no público e no privado, por ser mais barato, menos reivindicativo e submisso. Daher (1995, p. 131) também encontrou, nas representações dos alunos calouros do curso de graduação em enfermagem, a enfermeira como uma “profissional desvalorizada, mal-remunerada, não-reconhecida e submissa”. No estudo realizado por Aquino (1996, p. 134) entre trabalho profissional e o doméstico na determinação da hipertensão arterial em trabalhadoras de enfermagem, a autora afirma que a percepção do trabalho como socialmente desvalorizado duplicou a magnitude da associação entre sobrecarga doméstica e hipertensão arterial na população de enfermeiras.

O reconhecimento da Enfermagem como uma necessidade social é representado pelas clientes:

“... a médica ou o médico, a enfermeira ou o enfermeiro, isso existe aqui e existe em qualquer lugar e vai ter que existir em qualquer lugar, de saúde e de cura, de buscar apoio”(Carla).

“normalmente quando você precisa de uma enfermeira é quando você tá com uma enfermidade, ou quando você está num hospital... ou então quando você vai fazer uma consulta ou fazer exame que precisa” (Franciele).

“... as coisas caindo, parece que teve uma chuva muito forte, aconteceu de achar muitas pessoas machucadas, então a gente precisa de um médico e uma enfermeira, a primeira coisa que a gente pensa é nisso, nos médicos e nas enfermeiras... Uma briga, sangue prá tudo quanto é lado, então a primeira coisa que eu percebi um sangue, machucado, uma dor, uma dor que você sente, primeira coisa que você pensa também é nos médicos e nas enfermeiras no hospital correndo prá levar a gente” (Aline).



Pictograma realizado por “Aline” durante a dinâmica de criatividade e sensibilidade.

Baseando-se nas representações das clientes, percebe-se a aderência e consolidação da Enfermagem como aquela que serve aos

interesses específicos da coletividade, o que demonstra uma praticidade social, uma aplicabilidade prática, acompanhada à medicina. Neste sentido, à enfermeira e ao médico cabe a atenção nos casos de emergência, situações de catástrofes, nas ações de saúde e de cura, dirigidas à solução de problemas. Na demarcação do papel deste profissional pelas clientes, salientam-se como funções aquelas caracterizadas como curativas.

Outro aspecto a destacar é sobre o exercício da consulta de enfermagem, que foi explicitado por Franciele como uma função da enfermeira, demonstrando a incorporação desta prática nas representações das clientes.

Retomando o corpo de conhecimento da profissão, as clientes apontam alguns “conceitos” sobre isso:

“Lógico que ela não vai atender em tudo, porque ela não estudou neurônio, não estudou nada separado, ela pode aperfeiçoar numa coisa e ficar naquela área ali” (Carla).

“... porque eu acho que ela tem de ter, de ter essa psicologia de tentar fazer o outro ficar à vontade prá fazer o exame” (Franciele).

“... Ai eu já vejo: Essa é enfermeira, não tá sabendo nada (risos)” (Luana).

Para a clientela, a enfermeira possui um conhecimento mais superficial “não estudou neurônio, não estudou nada separado”, “não tá sabendo nada”. Ela precisa ter conhecimento de “psicologia” para atender a cliente. Estas representações se tornam claras principalmente quando se

coloca em evidência o saber médico. O bom médico, para a clientela, é aquele que apresenta caráter resolutivo, como pode ser observado nos depoimentos:

“É aquela que **logo de cara quando você consulta, já sabe logo**, descobre o que que você tem e te taca um remédio e já melhora o que você tem” (Aline).

“Ah uma boa médica é **aquela que examina bem, conversa com a gente, pergunta o que que tem, coloca aparelho, te examina**” (Rosana).

“Assim, prá mim uma **boa médica é aquela que examina mesmo**, que olha mesmo tudo... porque médico prá mim mesmo, tem que examinar mesmo, demorar na consulta...” (Vera).

O médico ou a médica precisam examiná-las, tocá-las, devem saber prescrever o remédio certo, conversar com sua cliente, estabelecer um diálogo com elas. Isso faz com que o médico possua um corpo esotérico de conhecimento, ao passo que o conhecimento da enfermeira assume um “lugar secundário”, pois “ela não vai atender em tudo”.

Ainda em relação ao conhecimento da enfermeira expresso pela cliente ao solicitá-la para avaliar o resultado do seu exame, a cliente fica em dúvida, pois não sabia qual era a profissional com quem ela estava conversando, se médica ou enfermeira:

“... eu mostrei pra ela “Vê se deu alguma coisa nos meus exames aqui”. **Eu achei que ela era uma médica**, só se ela for médica, não sendo enfermeira”.... Não, **acho que ela era enfermeira, não sei!**” (Franciele).

A “confusão” da cliente em saber quem era, médica ou enfermeira, se deve ao fato de a enfermeira ter avaliado o resultado do exame e de ter prescrito o medicamento para o tratamento da infecção. Isto demonstra que, no senso-comum, a avaliação de exames e prescrição medicamentosa é da competência do médico, apontando como os campos demarcados da medicina se sustentam na sociedade.

O médico, segundo Belisário (1995, p. 144) é um “profissional que, pela legitimidade e autoridade a ele historicamente conferidas”, afirma-se nas representações das clientes. Baptista (1995, p. 178) comenta que a desqualificação e desvalorização do saber da enfermeira justifica ainda hoje a subordinação profissional. O controle pelo médico do processo global de trabalho “... detém a exclusiva autoridade legal para internar, prescrever exames e tratamentos (clínicos e cirúrgicos)...” faz com que, na prática, a usuária reconheça o médico como o único profissional capaz de atendê-la. A equipe de enfermagem serve para implementar as ações por ele indicadas.

Como exemplo deste controle, um aspecto assinalado por Tyrrel & Carvalho (1995, p.237) é o não reconhecimento do parto como atividade da enfermeira pelo Sistema Único de Saúde”:

“... somente aceita e remunera o parto realizado pelo médico. É bem conhecido o resultado dessa política, na prática da Enfermagem Obstétrica, onde o pessoal de enfermagem (inclusive a atendente) faz o parto. Contudo somente o médico pode assinar a papeleta ou prontuário, pelo que é remunerado, indevidamente, por uma atividade que não executou”

A definição da área de abrangência na qual o médico atuaria é explicada por Pereira-Neto (1995, p. 609):

“Os médicos se achavam com autoridade, outorgada por seus conhecimentos científicos e acadêmicos para definir o conteúdo dos cursos de formação e delimitar o espaço para o exercício das diferentes atividades na área da saúde. A intenção era fazer com que os outros saberes se tornassem menos complexos e misteriosos que os do médico, estabelecendo-se assim uma hierarquia com farmacêuticos, parteiras, enfermeiras.”

Neste sentido, o grau de autonomia como um dos critérios para se constituir numa profissão para a Enfermagem foi bastante comprometido.

Um outro aspecto surgido no depoimento da cliente foi a concepção de que os cursos de Enfermagem são de níveis inferiores:

“... eu não sei em **que nível** estão os cursos por exemplo, por **piores que sejam os embasamentos teóricos...**” (Lígia).

Um dos atributos para caracterizar o profissionalismo consiste na regulação das condutas através dos códigos de ética. O grupo dos pares que o compõem, segundo Pereira-Neto (1995, p. 602) necessita que a conduta profissional seja padronizada, para que as clientes possam ter condições de distinguir se uma determinada atitude é compatível com a atividade profissional. A relação entre os pares e os médicos foi explicitada:

“... a minha preocupação maior é esta. Eu gostaria de encontrar médicos de bem com a vida , enfermeiros de bem com a vida (risos), **médicos de bem com enfermeiros, enfermeiros de bem com outros enfermeiros e médicos também**” (Carla).

A clareza de que existe um “conflito” entre os pares e entre os médicos pela cliente revela a percepção desta disputa:

“... eu acho que deve ter também muita **disputa profissional neste campo**. Eu acho que deve ter, eu imagino que deva ter, porque é comum você encontrar, encontrar em hospital , **como é que fala assim em ética**, eu tenho ética em minha profissão acho que todo mundo tem ética na profissão dele... uma disputa também no campo de trabalho (Carla).

Pereira-Neto (1995, p. 612) afirma que “no interior de um campo profissional se localiza um intenso campo de disputa - um mar de heterogeneidades”. A percepção da cliente desta “batalha” entre os diferentes profissionais que compõem o serviço de saúde revela a clareza dos conflitos existentes intra e inter-categorias neste campo profissional. Deste ponto de vista, as relações da enfermagem com a medicina, enquanto “grupos que disputam poder e prestígio” (BAPTISTA, 1995, p. 173), já indicam a utilização de algumas estratégias de resistência pela enfermagem.

O saber da enfermagem apresenta-se subjacente ao saber médico, principalmente nas instituições de saúde:

“Nas relações entre o biológico e o social prevalece a ótica da medicina e da prática médica, o que vai revelar uma predominância da ótica médica e do profissional médico como hegemônico no setor. A prática médica, por ser preponderante entre as outras freqüentemente denominadas paramédicas, mas que na realidade se propõem a ser práticas de saúde, imprime o tom e o status diferenciado sobre as demais óticas e perspectivas de análise possíveis... questões relativas às práticas subordinadas à área médica assumem hegemônica posição de secundárias e tendem a

perder sua identidade própria em nome de uma igualdade aparente e total dependência, em relação ao conhecimento e práticas médicas” (MIRANDA, 1992, p. 74).

Finalizando, as representações sociais são um reflexo do mundo exterior, considerado como uma tradução e reelaboração pelo sujeito (MOSCOVICI, 1978), através do processo da ancoragem, responsável pela inserção das idéias em uma hierarquia de valores. Nota-se que os diversos conteúdos atribuídos à enfermeira e à sua prática são fundamentados no contexto do trabalho da Enfermagem, elaborados com códigos de interpretação fornecidos pela sociedade sobre a profissão. Portanto ela é representada não apenas pelos conteúdos a serem incorporados a essa prática, mas também pela prescrição de espaços de atuação, comportamentos, atitudes, valores e atribuições. Como a representação é um processo de nomeação e classificação, atribuindo um valor positivo ou negativo em uma ordem hierárquica, a forma de reconhecimento nas representações das clientes sobre a enfermeira e a sua prática profissional é firmada em referenciais construídos no processo do atendimento recebido pelas clientes por um grupo heterogêneo, que mascara as diferenças internas. Sendo assim, as representações são homogeneizantes e expressam a dinâmica do espaço social demarcado, regido por relações de poder.

2.2. A RELAÇÃO COM A CLIENTE - A CHAVE DA CRIAÇÃO DE NOVAS REPRESENTAÇÕES

Ao analisar os discursos das entrevistadas quando elas se referiram realmente à enfermeira, surgiram representações diferenciadas do que até então se afirmava como estabelecido e veiculado no senso-comum. As clientes apresentavam, em suas falas, uma representação dominante muito simplificada da enfermeira, mas quando ocorre a relação terapêutica com a profissional no contexto da consulta, elas reformulam e reajustam as suas representações. Verificou-se, neste tema, que a representação social da enfermeira e da sua prática profissional foi se diferenciando através de algumas mudanças, de acordo com as quais a categoria enfermeira tende a alcançar uma nova posição que implica um movimento diferenciado do grupo original de “pertença”¹⁷.

As clientes representam a enfermeira como uma profissional competente, que estabelece um relacionamento terapêutico¹⁸, que a “trata bem”. Durante a realização das dinâmicas, Flávia, Silvânia, Simônica, Daniela, Tânia, comentaram que, para elas, a enfermeira tem a mesma capacidade e conhecimento que o médico, referindo-se a situações do atendimento realizado pela enfermeira, nas quais ela conseguiu oferecer uma resposta satisfatória para a sua situação, além do estabelecimento de uma relação empática. A condição de

¹⁷ Ao que prevaleceu no senso-comum.

¹⁸ O relacionamento terapêutico se sustenta na capacidade de diálogo, de discussão de idéias, empatia, numa dimensão ampliada do cuidado subjetivo, que ocorre no processo do contato com a cliente, e tem sua base na escuta do outro.

enfermeira foi apreendida e organizada simbolicamente pelas clientes, sustentada na própria interação que se estabeleceu entre a enfermeira e a cliente.

Apesar de as representações das clientes sobre a enfermeira terem se configurado no senso-comum sobrecarregadas de estereótipos sociais dominantes, concernentes ao pessoal com pouco preparo técnico, que executa trabalho auxiliar, entre outras, encontrei referências que significam mudanças em relação à posição da enfermeira, como afirmou essa cliente:

“Eu acho que, é o trabalho, eu sempre digo, a ligação dos dois ... É entregar, não é? Na mão de alguém, quem? Quem é alguém? Ou o médico ou a enfermeira, sei lá se na hora do aperto lá no hospital, o médico não está... então eu acho que ela tem que ter tanta capacidade quanto a médica para atender” (Carla).

A concepção do elo que une a Enfermagem e a Medicina é o trabalho. A enfermeira está preparada tecnicamente para prestar um atendimento de qualidade. Isto demonstra, de certa forma, mudanças em relação à prática profissional da enfermeira. Para Lopes (1988, p. 216), a “conquista da autonomia passa pela necessária relação entre iguais”, caminha pela construção de instâncias solidárias e críticas que coletivamente representem transformações.

O respeito pela cliente, a valorização das queixas, a empatia, o “tratar bem” foram também representados pelas entrevistadas e, ao se referirem a esta assistência, nomearam a enfermeira que as atendeu no Instituto:

“Ah, igual assim, no caso da Carmem¹⁹, gostei muito, assim, **ela me tratou muito bem, trata bem as pessoas...**” (Vera).

“... a **Carmem como enfermeira**, ela falou assim, quando você tiver nessa situação, você vem que eu te olho, entendeu? Então, quer dizer, agora seria outra **enfermeira que eu teria uma imagem de uma pessoa que se colocou no meu lugar e tentou me ajudar**. É só isso mesmo (risos), é mais uma enfermeira assim, que... **foi gente como a gente, é só isso**” (Franciele).

“A primeira vez que eu estive aqui, eu achei a enfermeira muito alegre, calma, **atenciosa**. Eu me senti à vontade, eu não fiquei nervosa. É muito atenciosa, o que eu coloquei aqui. Eu gostei muito dela. **Ela me fez sentir à vontade já no primeiro encontro**” (Tânia).



Pictograma realizado por “Tânia” durante a dinâmica de criatividade e sensibilidade.

Neste sentido, a enfermeira é aquela que estabelece relações com a cliente, que dispensa uma atenção adicional e diferenciada no momento que

¹⁹ Nome fictício da Enfermeira do Instituto de Saúde da Mulher.

ela necessita. Estabelece uma relação empática com as clientes, que carecem ter a certeza de que serão respeitadas em sua singularidade.

Uma outra situação descrita por uma cliente é a diferenciação em relação à atenção que recebeu da Enfermeira do Instituto para as Médicas onde ela vinha se consultando. Franciele relatou que havia procurado duas médicas para resolver o seu problema e não obteve interesse nem resolução do seu caso por essas profissionais, ocorrendo o contrário por parte da enfermeira:

“Ela não é a médica ela é a enfermeira. Eu falei prá ela que passei pela médica, já fui em mais duas e não houve preocupação em falar assim: *O dia que você tiver assim e não tiver melhorando, eu vou olhar. Você vem que eu olho. Não precisa nem marcar que às vezes não consegue, porque é INPS, não é particular. Às vezes você, não há uma vaga, mas você vem que eu já sei o seu caso, eu vou olhar*” (Franciele).

Saliento um traço interessante da representação desta cliente. Ela representou a prática profissional da enfermeira em todo o seu discurso como, subserviente, submissa, exerce trabalho manual, “auxilia o médico e o dentista”. Entretanto ela compara a enfermeira com a médica, na questão do atendimento, principalmente quando a enfermeira mostrou-se disponível para atendê-la e investigar o seu problema de saúde, demonstrando um outro aspecto da prática profissional, ou seja, aparece o rompimento de uma imagem de subordinação da enfermeira, reafirmando a função básica da representação social, que é a integração da novidade (ARRUDA, 1992, p.

128) que se devolve à realidade sob a forma de classificação. Isto se confirma no pictograma de Lucilene que recortou um trecho de uma reportagem publicada numa revista para representar a enfermeira, como se pode observar abaixo:



Pictograma realizado por “Lucilene” durante a dinâmica de criatividade e sensibilidade.

A entrevistada se reportou a sua experiência com a enfermeira do Instituto de Saúde da Mulher, conforme ela diz:

“... tipo a Thelma²⁰. Ela foi maravilhosa, ela me encaminhou pra vários lugares. Eu tirei experiência por ela...”

²⁰ Nome fictício da Enfermeira do Instituto de Saúde da Mulher.

O depoimento que aponta uma imagem da enfermeira como igual ou substituta do médico foi assim traduzido:

“... principalmente essas a Carmem e a Thelma²¹, por exemplo é igual a uma médica mesmo, **atende as pessoas como se fosse uma médica**” (Flávia).

“... quer dizer na falta é ela que assume o lugar, e ela que é cobrado o lugar, entendeu. E é ela que eu vejo ou um enfermeiro que eu vejo levando pelo outro..... **na falta do médico eu acho que é ela que segura as pontas**, entendeu, é justamente o que acontece. Hoje eu vim, na falta da médica, quem vai me atender é a enfermeira...” (Carla).

A referência de que será atendida pela enfermeira ao invés de o ser pela médica se deve a uma característica específica do cenário do estudo, onde a enfermeira atende às gestantes do pré-natal no período das férias dos médicos. A predominância do modelo biomédico de assistência na prática da enfermeira pode ser explicada pela associação que a cliente faz com o atendimento da médica. Apesar disso, a enfermeira consegue estabelecer uma relação diferenciada com a cliente, menos desigual. Um outro aspecto desta representação conforme Almeida (1989, p. 105) é que o saber da enfermagem em relação à medicina apresenta limites irregulares e até sobrepostos o que pode dificultar a compreensão do que seja enfermagem para a clientela.

A presença da enfermeira junto à cliente no cenário desta

²¹ Nome fictício da Enfermeira do Instituto de Saúde da Mulher.

investigação, acarreta uma representação desta como uma profissional capaz de prestar uma assistência de qualidade, estabelece uma relação de parceria com a cliente e tem a sua preferência em relação à consulta médica:

“Aí eu encontrei com a Carmem²² na rua e conversei com a Carmem se ela poderia marcar a consulta prá mim hoje, que era prá Luciana²³... Por que **eu achei a Carmem mais amiga, mais conversada, explica... explica as coisas a gente melhor, entendeu?... mas a outra²⁴ eu não gostei não**” (Vera).

“... porque **orientação mesmo eu já sou mais as enfermeiras** que os médicos...” (Lucilene).

“... porque **a enfermeira trata melhor a gente que os médicos**. Eu acho...” (Talita).

A configuração de novos conteúdos no material representado vislumbra uma transformação na representação da enfermeira e da sua prática no senso-comum. Ao mesmo tempo, evidencia a necessidade por parte da clientela de uma profissional que estabeleça uma **relação de ajuda ao ser humano**, sendo simbolizada no imaginário com qualidades e expectativas positivas:

“... mas eu acho que muitas vezes eles agem como médicos, em determinadas situações, principalmente num país subdesenvolvido como o nosso. A gente vê na história, nas guerras a gente vê sempre **o enfermeiro, estão auxiliando e ajudando o ser humano de alguma forma**. Então que se tentasse trabalhar em cima disso e de valorizar o trabalho” (Lígia).

²² Está se referindo à Enfermeira do Instituto de Saúde da Mulher.

²³ Está se referindo à Médica do Instituto de Saúde da Mulher.

²⁴ Idem.

Essa representação indica com clareza “a existência de elementos universais nas representações de objetos socialmente valorizados” (SPINK, 1995, p. 102), ao ancorar a enfermeira num esquema mais amplo, numa relação de ajuda ao ser humano. E, para estabelecer esta relação, é preciso que a enfermeira esteja próxima ao cliente.

O reconhecimento da competência da enfermeira, a prestação de um atendimento com qualidade, foram ilustrados por esta cliente :

“Então eu assim achei o programa super bom, o preventivo eu fiz aqui, **eu nunca fiz um preventivo tão bom**, sabe normalmente faz rápido. A Carmem, **ela vira a gente pelo lado do avesso**” (Lígia).

A qualidade do atendimento da enfermeira na realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino e de mama é reconhecida pela usuária que nunca havia se consultado com esta profissional. A função técnica é valorizada, o atendimento, o examinar direito. Aqui a representação da prática profissional da enfermeira começa a se diferenciar do estabelecido no universo consensual, corroborando com o pensamento de Moscovici (1978, p. 220), quando afirma que é no contexto das relações entre indivíduos e grupos que se formam as representações.

O funcionamento do serviço no hospital depende da Enfermagem, responsável “não só pela continuidade dos procedimentos que visam ao diagnóstico e tratamento, mas pela vigilância diuturna da evolução dos

doentes e ao seu cuidado pessoal” (BAPTISTA, 1995, p. 181). O reconhecimento da força do trabalho da enfermagem foi expresso por Carla:

“... se o corpo de enfermagem cai, o resto não trabalha” (Carla).

A dualidade das representações que emergiram no estudo, conforme Spink (1995, p. 102), inovadora e rígida, apresenta mobilidade, o que é demonstrado através do surgimento de novas representações, e ao mesmo tempo imobilidade, através da manutenção de algumas representações arcaicas e preconceituosas.

A ancoragem realizada pelos sujeitos do estudo neste tema apresenta -se como um aspecto importante quanto à relação estabelecida entre a cliente e os membros da equipe de enfermagem a partir de onde o grupo situa a prática profissional da enfermeira. Esta é compreendida no estabelecimento das relações com a cliente, se constituindo num guia de orientação que irá servir para classificá-la.

A forma como os sujeitos sociais apreenderam a enfermeira e a sua prática profissional demonstrou a existência de um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, segundo o qual as clientes se situam mediante experiências, informações e dados sobre o objeto. As representações expressas pelas clientes, à luz do referencial teórico aqui adotado, evidenciaram os conteúdos heterogêneos que circulam na sociedade sobre a enfermeira e a sua prática; têm sua origem em produções culturais mais remotas, produto do acervo

cumulativo inscrito no imaginário e também em produções locais e atuais, que foram formadas na interação cotidiana entre os sujeitos. A diversidade e a contradição encontradas reafirmam o pensamento dos teóricos das representações sociais (MOSCOVICI, SPINK, JODELET) sobre a noção de *processo*, como a teia mais ampla de significados no qual o objeto de representação está localizado (SPINK, 1995, p. 123).

Compartilho com o pensamento de Moscovici ao considerar que as representações sociais determinam nossa visão de mundo e a nossa reação às coisas e às pessoas. Para o autor, o presente apresenta autonomia e contribui para a criação e a manutenção de outras representações, numa dinâmica de interação entre indivíduos e grupos, o que pôde ser observado na relação da enfermeira com a cliente. Esta relação é a chave para a criação de novas representações sobre a nossa prática profissional. A conquista por maior espaço social para a enfermeira compatível com os direitos de cidadã depende da luta enquanto trabalhadora, numa possibilidade concreta de transformação. É imprescindível assumir essa postura de enfrentamento, investir na competência técnico-científica e política para que, enfim, possamos nos impor na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar este estudo, a minha preocupação foi encontrar o senso-comum nas diferentes representações da clientela sobre a enfermeira e sua prática profissional. Pude verificar o modo como estas representações são apreendidas simbolicamente. O estudo permitiu-me ver, baseando-me nos depoimentos, que a enfermeira tem uma identidade social própria, na medida em que estas representações circulam socialmente, apresentando-a como membro de um grupo homogêneo, sem distinção de formação.

A prática profissional da enfermeira está sob um sistema de classificação construído socialmente, uma vez que a cliente traz consigo uma representação predominante que foi gerada no contexto não apenas da interação enfermeira e cliente, mas também de outros membros da equipe de enfermagem, que circulam no senso-comum um referencial de prática e de profissional que oferece uma interpretação, construindo uma imagem própria.

A experiência individual das clientes é também o reflexo da experiência social. Elas expressam e reproduzem, simbolicamente, as concepções dominantes que nos remetem aos valores, às informações, às opiniões sobre o objeto, a enfermeira e sua prática profissional. Os papéis sociais que por naturalização, em nosso contexto, sempre foram atribuídos à mulher enquanto

mãe e esposa, passam, por extensão, à enfermeira com uma carga de recodificação social.

Os dados encontrados indicam uma consistência de gênero na lógica da profissão, vinculada a elementos femininos. A figura da enfermeira conta com uma dada construção social de gênero, ativa valores tais como paciência, calma, bondade, amizade, maternidade, entre outros. A sua atividade profissional está caracterizada como o ato de cuidar, como uma função naturalizada. É preciso desnaturalizar o cuidado com o outro, incorporado ao plano da natureza feminina e desse modo não questionável, conceber o cuidado enquanto um ato de vontade, de capacitação técnica e científica e de solidariedade.

As representações das clientes, quando realmente se referiram à enfermeira, demonstraram que o trabalho desenvolvido com elas, pode contribuir, de modo decisivo, para a construção de uma identidade profissional e social mais clara, com repercussões para o reconhecimento social da profissão e ampliação do mercado de trabalho para seus pares, uma vez que o papel profissional se torna mais visível para a população. Além disso, pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher, através da ampliação das ações da enfermeira e conseqüentemente para a redução do perfil de morbimortalidade feminina no Brasil.

Nesta investigação, o que se destacou como um dos resultados mais reveladores foi que as clientes trazem uma representação da enfermeira muito simplificada, carregada de estereótipos, mas quando estabelecem uma relação no

contexto do atendimento e se ancoram nesta relação para interpretá-la ocorre uma mudança, reajustam suas representações.

A contradição expressa nos discursos das clientes ao se referirem à enfermeira reside no fato de que, por um lado, não a diferenciam dos demais integrantes da equipe, porque a denominação, na concepção do grupo, referia-se a profissionais voltados para uma prática caracterizada por uma série de tarefas técnicas, pouco qualificadas; por outro lado, quando discursam sobre o atendimento recebido pela Enfermeira do Instituto, representam uma prática especializada, qualificada e com ênfase em uma relação humanizada.

O distanciamento da enfermeira do contato direto com a cliente acarreta prejuízos, uma vez que a atuação hoje dessa profissional em modalidades de prática consiste basicamente no trabalho administrativo e gerencial, pois é esta a cobrança do mercado de trabalho. A concretização de um modelo de prática voltado para o cliente, em que seja possível unir os interesses da administração com os objetivos da assistência de enfermagem às coletividades deve ser nosso caminho a percorrer, no sentido de ampliar e definir os limites da nossa prática. É preciso que a enfermeira amplie a concepção quanto à sua prática profissional, no sentido também de assumir o que já está definido em Lei. Faz-se necessário identificar áreas autônomas que possibilitem a afirmação num campo, tal como o programa de assistência integral à saúde da mulher, e que permitam um espaço de atuação importante para a profissão com vista à sua ampliação, o que permitirá viabilizar a extensão de cobertura da atenção primária a esses setores

identificados. Desta forma, a esperança de construir uma prática mais ampla do que a rigidez da organização do trabalho em outros setores e a busca de maior autonomia técnica poderão se refletir em outros campos.

Um outro aspecto fundamental é o monopólio sobre certos saberes e práticas específicos, particularmente sobre o cuidado. Será ingênuo pensar no afastamento da enfermeira do cuidado, como uma escolha voluntária. Ele se deve a uma exclusão histórica, uma visão dominante, levando a uma fragmentação da profissão. Fica clara a necessidade de a clientela receber um cuidado qualificado, competente e humanizado, uma vez que, na nossa realidade, o atendimento na área da saúde encontra-se precário. As clientes expressaram carências vivenciadas e problemas enfrentados no contato com os profissionais de saúde, referindo-se a relações desumanizadas, falas que são a expressão de suas necessidades e desejo em relação a estes profissionais. A “denúncia” dessas mulheres de maltrato recebido nas instituições de saúde, aponta para a importância de se rever a qualificação e campo de atuação destes profissionais, tanto da equipe de enfermagem como também dos outros profissionais da área de saúde. As clientes identificam a necessidade de atenção e acolhimento por parte dos profissionais dos seus problemas de saúde.

A principal constatação deste estudo é que a enfermeira, quando se faz presente, quando cuida, quando realiza a consulta de enfermagem, demonstra a sua competência, exerce o cuidado humanizado, torna-se “visível” socialmente. Aliviou-me saber que há conteúdos presentes nos discursos das clientes que

apontam para transformação e caminhos para uma prática profissional mais ampla e aderente aos desejos da clientela. As clientes, ao compararem a assistência da Enfermeira com a assistência do profissional Médico, preferem o assistir da Enfermeira, sustentado num referencial da relação de ajuda, do saber ouvir, de orientar melhor, da competência técnica na realização de um exame, de um saber “qualificado”, de acolhimento. A relação de ajuda, na concepção das clientes, é estabelecida com a enfermeira que está próxima, aquela que lhe dá atendimento, seja no âmbito da assistência hospitalar ou no da consulta de enfermagem: a enfermeira que estabelece o relacionamento terapêutico que se sustenta na capacidade de diálogo, de discussão de idéias, empatia, numa dimensão ampliada do cuidado subjetivo, que ocorre no processo do contato com a cliente e tem sua base na escuta do outro.

Sendo assim, as representações elaboradas pelas clientes demonstraram como a enfermeira e a sua prática assistencial vêm sendo incorporadas na sociedade, uma vez que emergem desse contexto social, sendo elaboradas a partir de quadros de apreensão que forneceram os valores e refletiram as relações sociais, ao mesmo tempo que contribuíram para a sua produção. Portanto as representações atuam na orientação das práticas que direcionam ações.

O estudo demonstrou que a Enfermeira precisa se aproximar cada vez mais da cliente, assumir o que é da sua competência e ampliar as suas atividades, em busca de maior autonomia no desenvolvimento da sua prática.

Para isso é necessário maior organização e mobilização das profissionais para discutir quais são as práticas que estão sendo desenvolvidas, os espaços de atuação construídos, as limitações no seu campo de prática e os possíveis entraves encontrados. Esta discussão deverá contar com a participação das pesquisadoras em Enfermagem, entidades representativas, corpo docente e discente dos cursos de graduação e pós-graduação e as enfermeiras envolvidas diretamente na prestação de serviços. Investir na competência técnica, científica e política é o início dessa caminhada.

É necessário iniciar investigações sobre o impacto dessa assistência sobre a saúde da clientela, na medida em que a enfermeira continua a ser subaproveitada pelo mercado de trabalho. Desta forma, poderemos obter maior poder de influência e dissolver essa visão da Enfermagem como uma profissão subsidiária. Cabe a nós tomar em nossas mãos a tarefa de demonstrar à sociedade a dignidade da profissão e delinear o seu perfil. As clientes nos mostram alguns pontos de partida, para servir de princípio gerador de novas construções, as quais servirão como eixo de formulação para reflexões e novas práticas. É preciso que ocorra condições para que possamos sair dos bastidores, nos transformarmos, nos re-criarmos e realmente nos refletirmos no olhar das clientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANTES, V. L. Filhos adolescentes de casa-lar. Desafiando vivências, modelando projetos de vida e tecendo espaço para a enfermagem. Rio de Janeiro, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996. 187 p.
- ADAMI, N. P. et al. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-13, mar. 1989.
- AGUDELO, M. C. C. El trabajo en enfermería. In: MACHADO, M. H. (Org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 226 p.
- ALMEIDA, M. C. P. de., ROCHA, J. S. Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128 p
- ARRUDA, A. Representações sociais: emergência e conflitos na psicologia social. In: BAPTISTA, L. A. dos S. (Org.). Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 115-131, 1991-1992.
- AQUINO, E. M. L. de. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia. Salvador, 1996.. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia, 1996. 159 p.
- BAPTISTA, S. de S. A luta por um espaço na universidade: o caso da Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 1995.. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995. 245 p.
- BARROS, S.M.P.F., SILVA, N. F. da. Brasil - sistemas locais de saúde - Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 43, n.1,2,3,4, p. 126-30, jan./dez. 1990.
- BELISÁRIO, S. A. As múltiplas faces do médico sanitarista. In: MACHADO, M. H. (Org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 193 p.
- BENITEZ, M.M. M. et al. Sociologia de una profesion. El caso de enfermeria. México: Nuevomar, 1985. 301 p. Coleccion Problemas Educativos
- BERQUÓ, E., ARAÚJO, M. J. O. , SORRENTINO, S. R. Fecundidade, saúde reprodutiva e pobreza na América Latina. O caso brasileiro. São Paulo, CEBRAP, NEPO/UNICAMP, 1995.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa de Saúde Materno-Infantil. Bases Programáticas. Rio de Janeiro, 1975. 96 p.
- BRASIL, Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] Brasília, p. 853-55, 9 jun., 1987. Seção I, pt. 1.
- BURSZTYN, I. Violência contra a mulher: a responsabilidade da saúde. Saúde em Foco. Rio de Janeiro: v. 5, n. 13, p. 18 - 22, agosto 1996. Publicada pela Secretaria Municipal de Saúde.
- CASSIANI, S. H. de B., ZANETTI, M. L. Quando eu falo a palavra enfermeira o que vêm à sua cabeça. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1988, Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto: USP, 1988. p. 219-234.
- CASTRO, M. G. A dinâmica entre classe e gênero na América Latina: apontamentos para uma teoria regional sobre gênero. In: Mulher e políticas Públicas. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991. p. 39-69.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN analisa o programa de assistência integral à saúde da mulher, do Ministério da Saúde. Normas e Notícias. Brasília, abril, 1984, p. 7-8.
- CONSELHO LONDRINENSE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER - CLAM - A vida de Margaret Sanger. Traduzido por H. M. S. FONSECA. Londrina, 1985. Mimeogr
- CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER - CNDM. Os serviços de saúde: o que as mulheres querem. Brasília, Jul. 1986 (cópia xerográfica).
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. (Org.). Pesquisa social - teoria, método e criatividade. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995. 80 p.
- DAHER, D. V. Por detrás da chama da lâmpada. Um estudo do processo de construção da identidade social do enfermeiro. Rio de Janeiro, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. 140 p.
- FERNANDES, B. M. Produção científica da área de enfermagem obstétrica e neonatal - nível de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995. Monografia apresentada à Escola de

Enfermagem da USP ao término do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. 104 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. Parceiros e passageiros da assistência de enfermagem: o cuidado entendido por clientes e equipe de enfermagem. Rio de Janeiro, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990. 117 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. O corpo da enfermeira: instrumento do cuidado de enfermagem - um estudo sobre representações de enfermeiras. Rio de Janeiro, 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994. 282 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. et al. Dama de negro X dama de branco; a cuidado na fronteira vida/morte. Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 139-149, 1995.

FONSECA, R. M. G. S. da. “Inserindo a perspectiva de gênero na prática da enfermagem”. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, Goiânia: UFG, 1995. 11p. Oficina de trabalho.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da comida no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. São Paulo, 1993. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1993. 219 p.

GERMANO, R. M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1984. 118 p.

GUARESCHI, P. A. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: GUARESCHI, P.A., JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). Textos em representações sociais. 2 ed. Petrópolis, Vozes, 1995. p. 191-225.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. Physis- Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 23-26, 1991.

JODELET, D. Representação social: fenômenos, conceito e teoria. Traduzido por M. S. da Gama, C. Sá, M.Vale. Rio de Janeiro: FGV, 1988. p. 32.

KURGANT, P. et al. Percepção dos enfermeiros sobre as atividades que desenvolvem em suas unidades de trabalho. Revista Escola Enfermagem USP. São Paulo, v.27, n.2, p. 229-245, 1993.

- LANE, S. T. M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, M. J. (Org.) O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 58-72.
- LOPES, M. J. M. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v.41, n. 3, 4, p. 211-217, jul./dez. 1988.
- LOPES, M. J. M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V. R., LOPES, M. J. M., MEYER, D. E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- LOYOLA, C. M. D. L. Os dóceis corpos do hospital. Rio de Janeiro: PROED, UFRJ, 1987. 137 p.
- MAFFESOLI, M. No fundo das aparências. Traduzido por Bertha Halpern Gurovitz]. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- MALDONADO, M. T., CANELLA, P. A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. São Paulo, Roca, 1988. 213 p.
- MARIN, H. de F., MACIEL, A. A. Conhecimentos das puérperas quanto à qualidade do profissional que lhes prestou assistência por ocasião do parto. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, p. 187-88, 3. Jul/set. 1986.
- MÉDICI, A. C. et al. Aspectos conceituais e metodológicos dos levantamentos estatísticos sobre força de trabalho em saúde no Brasil: aspectos estruturais e conjunturais. Relatório de Pesquisa ENSP/FIOCRUZ- NESCON-OPS, 1987, cap. 3. p. 102-171.
- MELO, Cristina. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986. 94 p.
- MEYER, D. E.E. Reproduzindo relações de poder, gênero e classe no ensino de enfermagem. 1991. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.
- MINAYO, M. C. de S., SANCHES, O. Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade? Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul. / set. 1993.
- MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC / ABRASCO, 1994. 269 p.

- MIRANDA, C. M. L. de. O discurso da sexualidade como eixo de instrução da Enfermagem Moderna. Saúde em Debate, Londrina, n. 36, p. 73-75, 1992.
- MIRANDA, C. M. L. de. Algumas questões sobre a assistência de enfermagem psiquiátrica de qualidade. Caderno IPUB. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/ UERJ, n. 3, p. 77-82. 1996.
- MIRANDA, C. M. L., GARCIA, T. R., SOBRAL, V. R. S. Um estudo sobre a construção da identidade profissional da enfermeira. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 117-124, maio. 1996.
- MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.
- NASCIMENTO, E. R. do. Gênero e enfermagem. Salvador, Bahia: OPAS, 1996. 100 p.
- NOGUEIRA, M. I. Assistência pré-natal - prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: HUCITEC, 1994. 157 p.
- OLIVEIRA, B. G. R. B. de. A construção da identidade profissional da enfermeira: as representações sociais das alunas ingressantes na graduação e seus significados. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995. 268 p.
- OLIVEIRA, I. C. dos S. (Re) construindo a assistência de enfermagem à criança hospitalizada na cidade do Rio de Janeiro (1920-1969). Rio de Janeiro, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.
- OLIVEIRA, M. A. de C. A reprodução humana em uma sociedade de classes: estudo dialético das representações de um conjunto de enfermeiras. São Paulo, 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1988. 242 p.
- PASSOS, E. S. De anjos a mulheres. Ideologias e valores na formação de enfermeiras. Salvador: EDUFBA/EGBA, 1996. 209 p.
- PENNA, M. O que faz ser nordestino. Identidades sociais, interesses e o "escândalo" Erundina. São Paulo: Cortez, 1992. 180 p.
- PEREIRA-NETO, A. de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 600-615, 1995.

PIRES, Denise. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989. 156 p.

RAMOS, M. C. A influência de um ambulatório de pediatria e puericultura sobre as mães usuárias na perspectiva das representações sociais. São Paulo. 1992 Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992. 104 p

RESENDE, A. L. M. "A imagem da Enfermagem numa perspectiva formista". Revista de Enfermagem, Belo Horizonte, v.1, n.º 1, 1993.

ROCHA, S.M. M., SILVA, G. B. da., ALESSI, N.P. Características do saber da enfermagem profissional na área materno-infantil: análise do seu discurso. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFCS, 1984. 376 p., p. 172-94.

SAWAIA, B. B. Representação e ideologia - o encontro desfeticizador. In: SPINK, M. J. (Org.) O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 73- 83.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Traduzido por R. DABAT, M.B. ÁVILA. Recife, SOS Corpo, 1990.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 349-63, jul. / set. 1993.

SILVA, G. B. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1989. 143 p.

SILVA, I. P. Enfermeira obstétrica - quem a conhece? In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1988, Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto: USP, 1988. p. 208-218.

SOBRAL, V. R. S., MIRANDA, C. L., GARCIA, T. A construção da identidade profissional da enfermagem. In: Pesquisando em Enfermagem, 3. 1996, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: EEAN, 1996. 244 p. p.48.

SOBRAL, V. R. S. A purgação do desejo: memórias de enfermeiras. Rio de Janeiro, 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.

SOBRAL, V. R. S. et al. O poder invisível da dama de branco e o visível da dama de vermelho - de Florence a duloren: quem somos nós, enfermeiras.

1995, Goiânia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47. Anais... Goiânia: UFG, 1995. p.127.

SOUZA FILHO, E. A. de. Análise de representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.) O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 109-145.

SOUZA, J. G. de. Consulta de enfermagem a gestantes - o olhar e o fazer crítico para a resolutividade. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996. 89 p.

SPINK, M.J.P. O estudo empírico das representações sociais. In: O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 85-108.

SPINKY, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P., JOVCHELOVITCH, S. (Org.). Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 117-45.

STEFANELLI, M. C., SALZANO, S.D.T., OGUISSO, T. Situação da pesquisa qualitativa em enfermagem no Brasil, Revista Paulista Enfermagem. São Paulo, v.9, n.2, p.50-6, maio / ago. 1990.

STIPP, M. A. C. O cliente e a doença coronariana - um estudo sobre suas representações. Rio de Janeiro, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995. 100 p.

TAYLOR, C. M., PERNOLL, M.L. Normal pregnancy and prenatal care. 1991. Currente obstetric and gynecologic. p. 179-97, 1991.

TYRRELL, M. A. R., CARVALHO, V de. Programas nacionais de saúde materno-infantil, impacto político social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995. 267 p.

VALA, Jorge. As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social. Análise social, Portugal, v. 28, n. 123,124, p. 887-919, 1993.

VARGENS, O. M. da C. O homem enfermeiro e sua opção pela enfermagem. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 1989, 165 p.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BOSI, M. L. M. Profissionalização e conhecimento. A nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996.
- CARVALHO, J. E. C. de. A representação social da função do médico e da medicina entre grávidas no contexto da previdência social. São Paulo, 1993. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1993. 78 p.
- CHIZZOTTI, A. Pesquisas em ciências humanas e sociais. 2.^a ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- DUARTE, L. F. D. Classificação e valor na reflexão sobre identidade social. In: CARDOSO, R. (Org.). A aventura antropológica. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 156 p.
- DURHAM, E.R. A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas. In: CARDOSO, R. (Org.). A aventura antropológica. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 156 p.
- EGRY, E. Y. Pesquisar para evoluir? Pesquisar para superar! In: ENCONTRO INTERNACIONAL "PESQUISA EM ENFERMAGEM: UMA QUESTÃO DE SAÚDE", 1992, São Paulo. Anais... São Paulo: USP, 1992. 170 p. p. 141-151.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de & ABRANTES, V. L. M. Construindo representações sociais com alunas (os) da pós-graduação em enfermagem: questões práticas em sala de aula. Rio de Janeiro, nov. 1996. Mimeogr.
- GOFFMAN, E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Koogan. 1988. 158 p.
- LOWY, M. Ideologias e ciência social. Elementos para uma análise marxista. 11. ed. São Paulo: Cortez, 1996. 112 p.
- LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.
- MARINHO, M. Profissionalização e credenciamento: a política das profissões. Rio de Janeiro: SENAI, 1986.

- MEIRELLES, A. S. V., CARVALHO, E. N. de. Enfermagem, esta desconhecida. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v.30, p. 185-201, 1977.
- MINAYO, M. C. de S. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P., JOVCHELOVITCH, S (Org.) Textos em Representações Sociais, Petrópolis: Vozes. 1995. p. 89-111.
- MIRANDA, C. M. L. de. O risco e o bordado: um estudo sobre formação de identidade profissional. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 206-208, out. 1995.
- MOREIRA, M. C. Desvendando máscaras do câncer nas representações das enfermeiras. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996. 97 p.
- MOSCOVICI, S. The phenomenon of social representations. In: FARR, R.M., MOSCOVICI, S (Ed.) Social Representations. Cambridge: Cambridge University, 1984. p. 38-39.
- NAKAMAE, D. D. Bases para o encaminhamento da questão do ensino de enfermagem. 1986. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1986. 157 p
- OSAVA, R. H., MAMEDE, M.V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. Jornal Brasileiro de Ginecologia. v. 105, n. 1, p. 3-9, jan./ fev. 1995.
- PINTO, V. A. Ciência e existência. Problemas filosóficos da pesquisa científica. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 537 p.
- PIZURKI, H. et al. Función de las mujeres en la assistência sanitária. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1998.
- SANTOS, M. R. dos. Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão no Brasil. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, 1993, 175 p.
- SAUPE, R., NAKAMAE, D. D. A dialética materialista na concepção progressista da realidade. Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 3, n.1, p. 30-44, jan./ jun. 1994.
- SOBRAL, V. R. S., MIRANDA, C. L., FIGUEIREDO, N. M. A., SANTOS, I. dos. O que escondiam nossos corpos escondidos pelos uniformes. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 244-248, out.. 1995.

SOBRAL, V. R. S. et al. De Florence a duloren: quem somos nós, enfermeiras. 1995, Goiânia. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 103-112, mai, 1996.

WALDOW, V. R., LOPES, M. J. M., MEYER, D. E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WILENSKY, H. L. The professionalization of Everyone?. In: The Sociology of organizations: basic studies (Grusky, Oscar and Miller, George eds.), New York, The Free Press, 1970.

ANEXO 01

Formulário para a coleta de informações

Data:
Horário do início:
Horário do término:

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome (iniciais):	Situação conjugal:
Idade:	Profissão/Ocupação atual:
Naturalidade:	Nível de instrução:
Faixa salarial individual:	Renda familiar:

Bairro onde mora:

2- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: __G, __P, __A.

Observações:

- Comportamento da entrevistada:
- Ambiente:
- Avaliação
- Comentários:

ANEXO 02

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Quando você vai a um hospital ou à uma unidade de saúde, como é que você sabe quem é a enfermeira e quem é a médica?
- 2) Para você o que é uma boa enfermeira?
- 3) Para você o que é uma boa médica?
- 4) Você gostaria de fazer algum comentário sobre a profissão de enfermeira?

Caracterização dos sujeitos do estudo

Pseudônimo	Idade	Situação Conjugal	Profissão/ Ocupação	Nível de Instrução	Renda Individual	Renda Familiar	Bairro	N.º de Filhos	N.º de Consultas de Enfermagem	Motivo da consulta
Sônia	44	casada	Doméstica	4ª série	1 ½	4 e 1/2	Santa Luzia	04	01	- 2ª consulta de controle de DST
Daniela	32	casada	Zeladora	4ª série	01	01	São Benedito	01	04	- Consulta médica de pré-natal
Flávia	39	casada	Vendedora	7ª série	01	04	S. Antônio	01	06	- 7ª de consulta de controle de diafragma
Camila	17	solteira	Do lar	1ª série- 2º grau	-	05	Santa Efigênia	0	01	2ª consulta de pré-natal
Talita	25	casada	Doméstica	8ª série	01	02	Marumbi	0	02 + Grupo	- 3ª consulta de Pré-natal
Marta	33	casada	Costureira	2º grau	02	10	Manoel Honório	01	03	- 3ª de prevenção de câncer
Luana	27	casada	Do lar	7ª série	-	03	Bela Aurora	01	1 + Grupo	- 2ª consulta de prevenção
Lucilene	36	casada	Costureira	3ª série	01	02	São Mateus	05	05	- 6ª de prevenção de câncer
Paula	25	casada	Do lar	1º grau	-	01	Jardim Esperança	02	01	- 1ª consulta de pré-natal com a enfermeira
Juliana	43	separada	Aposentada	2º grau	2 e 1/2	2 e 1/2	Santa Rita	01	07	- 8ª consulta de prevenção (resultado de exames)
Silvânia	25	casada	Do lar	7ª série	-	03	Chácara	02	02	- 3ª consulta de pré-natal
Simônica	22	casada	Do lar	4ª série	-	02	Santa Efigênia	0	05	- 6ª consulta de pré-natal
Carla	29	casada	Profª. Educação Artística	3º grau	02 e 1/2	13	São Mateus	0	0	- 1ª consulta de pré-natal
Aline	33	viúva	Do lar	4ª série	-	3 e 1/2	Jardim Natal	02	3 + Grupo	- 4ª consulta de controle de diafragma
Vera	19	casada	Do Lar	3ª série	-	02	Linhares	0	01	- 2ª consulta de pré-natal
Rosana	30	casada	Do Lar	analfabeta	-	01	Boa Vista	02	1 + Grupo	- C. médica . AIH
Lígia	33	casada	Pedagoga	3º grau	02	10	São Mateus	01	1 + Grupo	- C. Médica- DIU
Vânia	27	Casada	Do Lar	4ª série	-	01 e 1/2	N. Sr.ª Aparecida	07	03	- Consulta de prevenção do câncer
Franciele	39	separada	Contadora	3º grau	10	10	N. Senhora de Lourdes	02	1 + Grupo	- 2ª consulta de controle de DST